FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1919 **THÈSE** N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Georges WOLFROMM

Ancien interne des Hôpitaux
Aide d'anatomie à la Faculté de Médecine

L'ARRIÈRE-CAVITÉ DES ÉPIPLOONS

SCHEMAS D'ANATOMIE TOPOGRAPHIQUE

Président : M. HARTMANN, *Professeur.*

VIGOT FRERES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1919

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER — ASSESSEUR : M. POUCHET

PROFESSEURS MM.

Anatomie	NICOLAS
Anatomie topographique	Auguste BROCA
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	N.
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Bactériologie	BEZANCON
Pathologie interne	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale	N.
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	N.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	N.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	WIDAL, GILBERT, CHAUFFARD, N.
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	Pierre MARIE
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET, QUENU, LEJARS, HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR, COUVELAIRE, RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	N.
Clinique chirurgicale infantile	N.
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN.
Clinique des maladies infantiles	TEISSIER

Agrégés en exercice

MM.

ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SCHWARTZ (A.)
BRUMPT	LABBE (Henri)	MULON	SICART
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	TANON
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TERRIEN
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TIFFENEAU
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	VILLARET
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	ZIMMERN
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A mon cher Maitre et Président de Thèse

Monsieur le Professeur Henri HARTMANN

Hommage respectueux.

A Monsieur le Docteur Paul LECÈNE

A MES MAITRES

Monsieur le Docteur LANDRIEUX (in memoriam) 1903-1904.

Monsieur le Professeur agrégé CAMPENON (in memoriam) 1904-1905.

Externat.

Monsieur les Docteurs BAZY, LAPOINTE et ROBINEAU, 1905-1906.

Monsieur le Professeur DIEULAFOY (in memoriam), Monsieur le Professeur agrégé LOEPER, Monsieur le Docteur CROUZON, 1906-1907.

Internat.

Monsieur le Professeur LE DENTU, Messieurs les Professeurs agrégés MAUCLAIRE, MORESTIN, AUVRAY, Monsieur le Docteur LABEY, 1907-1908.

Monsieur le Professeur RECLUS (in memoriam), Monsieur le Professeur agrégé A. SCHWARTZ, Monsieur le Docteur DEMOULIN, 1908-1909.

Messieurs les Professeurs agrégés MARION, CUNÉO, PROUST, Monsieur le Docteur GUIBÉ, 1909-1910.

Monsieur le Professeur HARTMANN, Messieurs les Professeurs agrégés LECÈNE et OKINCZYC, 1910-1911.

Monsieur le Professeur NICOLAS, Professeur d'Anatomie à la Faculté de Médecine.

Monsieur le Professeur agrégé SEBILEAU, Directeur de l'amphithéâtre d'Anatomie des Hôpitaux.

Monsieur le Professeur agrégé ROUVIÈRE, Chef des travaux d'Anatomie à la Faculté de Médecine.

Monsieur le Médecin Principal GEORGES, Directeur du Service de Santé du 18e Corps d'Armée.

Monsieur le Professeur TIXIER, Chirurgien de l'Hôtel-Dieu, Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté de Médecine de Lyon.

Monsieur le Professeur agrégé DURAND, Chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Messieurs les Professeurs agrégés DESMARETS, GRÉGOIRE, DESCOMPS.

Monsieur le Docteur WIART, Chirurgien des Hôpitaux.

Monsieur le Docteur RIVET.

Ce travail n'est ni complet, ni original ; c'est un simple exercice de démonstration, où sont exposées, en trois parties distinctes, quelques notions concrètes sur l'arrière-cavité des épiploons de l'adulte.

La première partie définit, situe, subdivise l'arrière-cavité et en esquisse brièvement les principaux rapports.

La deuxième partie montre en une série de schémas exécutés d'après le cadavre, quelques aspects de l'arrière-cavité.

La troisième partie, rassemblant les données précédemment acquises, tente une description systématique des diverses parois de l'arrière-cavité.

Dissections et dessins — il m'a été impossible de ne pas dessiner moi-même, il m'a été impossible de le faire correctement — ont été exécutés à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, grâce à la bienveillance de son Directeur, M. le docteur Pierre Sebileau, à qui j'exprime ici toute ma reconnaissance.

Les circonstances ne m'ont malheureusement pas permis de donner à ce travail toute la rigueur technique souhaitable (choix de cadavres mieux appropriés à la démonstration, recherches sur un plus grand nombre de sujets, méthodes modernes de fixation et de coupe, pro-

cédés photographiques, etc...) ; on y sentira un laisser-aller dont je m'excuse, mais que je n'ai pu éviter.

On jugera moins sévèrement les trop visibles défauts de ces pages, si l'on veut bien admettre qu'elles ne sont qu'une introduction à l'étude de l'arrière-cavité, une sorte de clef permettant d'aborder plus facilement la lecture des nombreux ouvrages qui traitent scientifiquement du même sujet.

Juillet 1917 — Novembre 1918.

PREMIÈRE PARTIE

DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ARRIÈRE-CAVITÉ

I. — Constitution de l'arrière-cavité. — Ses subdivisions. — Leurs limites.

Le tube digestif, pénétrant dans la cavité abdominale, es appliqué contre la paroi postérieure de cette cavité (*œsophage, région cardiaque de l'estomac*).

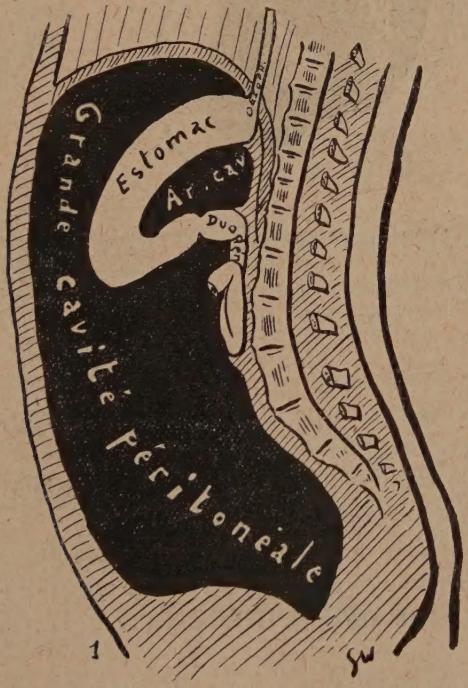


Fig. 1. — Rapports du tube digestif (portion comprise entre le cardia et l'angle duodénal supérieur) avec la paroi abdominale postérieure. — Détermination de l'Arrière-Cavité.

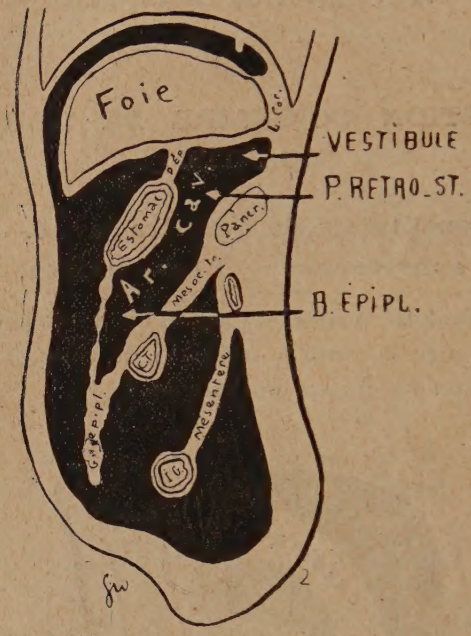


Fig. 2. — Coupe verticale paramédiane de l'arrière-cavité. L'estomac est rattaché au foie par le petit épiploon, à la paroi abdominale postérieure par le grand épiploon. Petit et grand épiploons contribuent, eux aussi, à limiter l'arrière-cavité des épiploons.

Puis il se sépare de la paroi et descend librement en pleine cavité abdominale (*corps de l'estomac, pylore, partie initiale de la première portion du duodenum*).

Enfin il se rapproche de la paroi et s'y applique de nouveau (*angle duodénal supérieur*).

Dans ce trajet, la portion libre du tube digestif limite, avec la paroi abdominale postérieure, une cavité : **L'ARRIÈRE-CAVITÉ DES ÉPIPLOONS** (Fig. 1) (1).

(1) Je prie le lecteur de ne pas faire fi des renvois aux figures ; je me suis astreint à dessiner à peu près tout ce que j'avançais, à m'exprimer plus par les figures que par le texte. J'ajouterai que les figures 1 à 18 inclusivement ont un caractère franchement conventionnel.

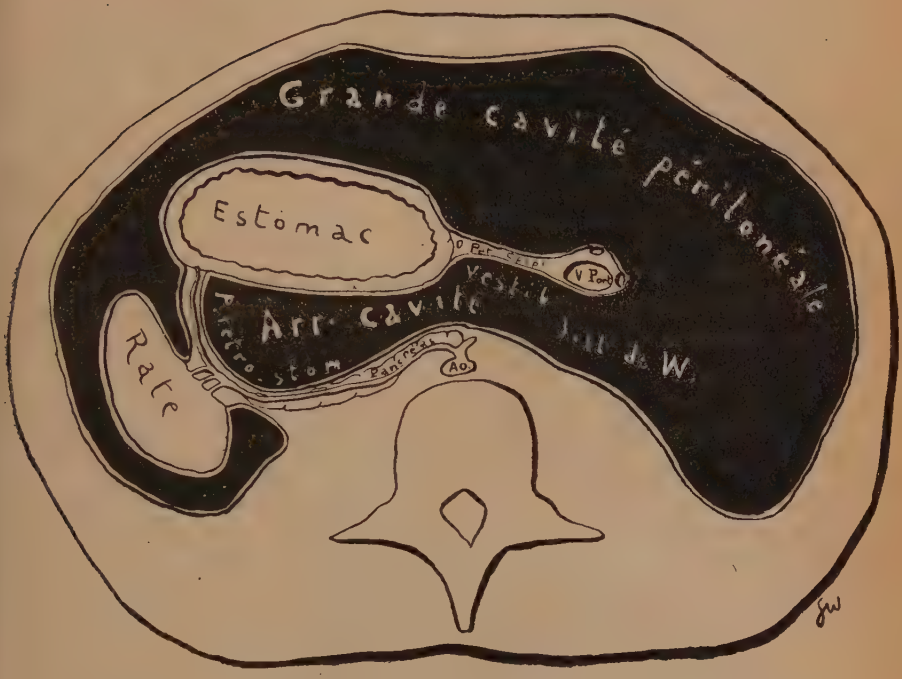


Fig. 3. — Coupe transversale de l'arrière-cavité passant par l'hiatus de Winslow.

*
* *

Dans sa libre descente en pleine cavité abdominale, l'estomac n'est pas isolé ; il entraîne avec lui la portion adjacente de ses mésos : *petit épiploon* qui le rattache à distance à la face inférieure du foie et au pédicule hépatique ; *grand épiploon* qui, par un long détour, l'amarre à la paroi abdominale postérieure.

Ces deux mésos contribuent en même temps que l'estomac, à former les parois de l'arrière-cavité.

Ainsi cette cavité s'étend bien au delà des limites de l'es-

tomac ; elle le déborde largement en bas et à droite (Fig. 2 et 3).

L'arrière-cavité est subdivisée en trois loges qui communiquent de proche en proche : **la bourse épiploïque, la poche rétro-stomacale, le vestibule.** (Fig. 2 et 3).

La **poche rétro-stomacale** est comprise entre l'estomac, en avant et la paroi abdominale postérieure en arrière ; elle s'avance, à gauche, vers la rate et atteint le hile de cet organe (Fig. 3) ; elle s'ouvre largement, en bas, dans la bourse épiploïque (Fig. 2) ; à droite, elle communique avec le vestibule par un grand orifice appelé *foramen bursæ omentalis* ; en haut, elle cesse là où l'estomac commence à s'accoler à la paroi abdominale postérieure (*portion vertébrale du diaphragme*) (Revoyez la fig. 1).

Le vestibule est compris entre le petit épiploon en avant et la paroi abdominale postérieure en arrière : ouvert à gauche et en bas dans la poche rétro-stomacale (*foramen bursæ omentalis*), il communique, à droite, avec la grande cavité péritonéale par un orifice étroit : l'**hiatus de Winslow** (Fig. 3 et 6). En haut, il atteint la face inférieure du foie et remonte même en arrière jusqu'à la coupole diaphragmatique, où il se termine en butant contre l'insertion phrénique du ligament coronaire (Fig. 2 et 5).

La **bourse épiploïque** est comprise entre le feuillet descendant et le feuillet ascendant du grand épiploon ; en bas et latéralement, elle s'arrête à quelque distance du bord libre

du grand épiploon ; en haut elle s'ouvre largement dans la poche rétro-stomacale. (Fig. 2 et 3) (1).

(1) Le feuillet ascendant du grand épiploon, en remontant vers son insertion pariétale, passe devant le côlon transverse et de son mésocôlon. Il s'y accole et la fusion des feuillets péritonéaux en présence est complète chez l'adulte : le mésocôlon transverse est entré dans la constitution de la

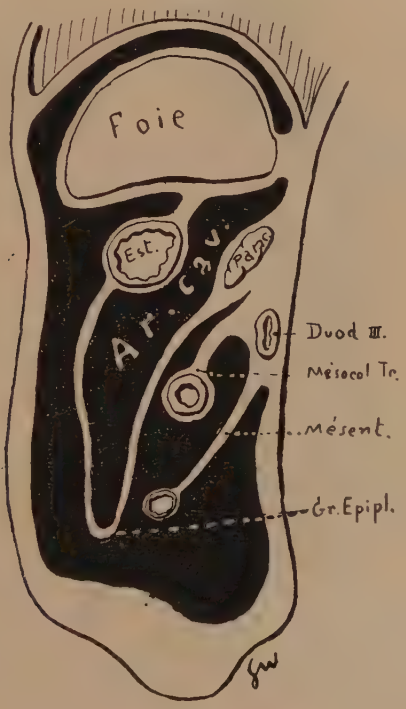


Fig. 4. — Coupe verticale para-médiane de l'arrière-cavité chez l'embryon. Rapports du grand épiploon avec le côlon transverse et le mésocôlon transverse chez l'embryon.

paroi postérieure de la bourse épiploïque et le côlon transverse lui-même fait partie de cette paroi. (Fig. 2).

Chez l'embryon, au contraire, le feuillet ascendant du grand épiploon est primitivement isolé du côlon transverse et de son mésocôlon. (Fig. 4).

II. — Forme de l'arrière-cavité.

Fig. 5. — Coupe verticale et médiane de l'arrière-cavité. L'arrière-cavité est figurée en noir, la grande cavité péritonéale en hachures (d'après une planche de Doyen).

Sur un sujet intact, l'arrière-cavité est virtuelle : c'est la cavité d'un sac aplati et vide dont les deux parois, formant çà et là quelques plis, s'adossent l'une à l'autre ; c'est une fissure irrégulière, longue et profonde, mais sans aucune largeur, qui sépare deux feuillets péritonéaux adossés. (Fig. 5 et 6).

Fig. 6. — Coupe transversale de l'arrière-cavité. L'arrière-cavité est figurée en noir, la grande cavité péritonéale en hachures (d'après une planche de Doyen).

Il est possible de transformer cette cavité virtuelle en une cavité réelle ; il suffit de la distendre par une injection solidifiable, ou plus simplement d'attirer en avant sa paroi antérieure.

L'arrière-cavité prend alors la forme d'un sac très irrégulier, dont les parois se moulent sur les organes voisins et en portent l'empreinte.

Si l'on modèle en terre glaise (1) une arrière-cavité distendue artificiellement, on voit qu'elle se compose de deux

(1) La maquette ainsi obtenue ne prétend à aucune précision ; ce n'est qu'un grossier à peu près.

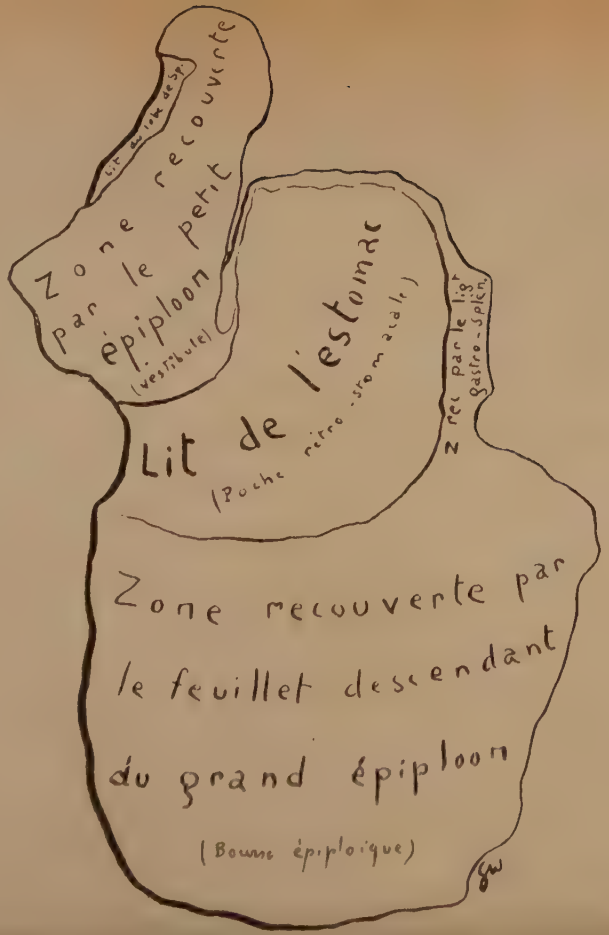
portions unies à angle obtus : une portion inférieure oblique en bas et en avant : **la bourse épiploïque** ; une portion supérieure, verticale, subdivisée par une profonde incisure (*empreinte du ligament profond de l'estomac*) en deux parties : à gauche, la **poche rétro-stomacale**, à droite le **vestibule**. (Fig. 7, 8, 9, 10). (2).

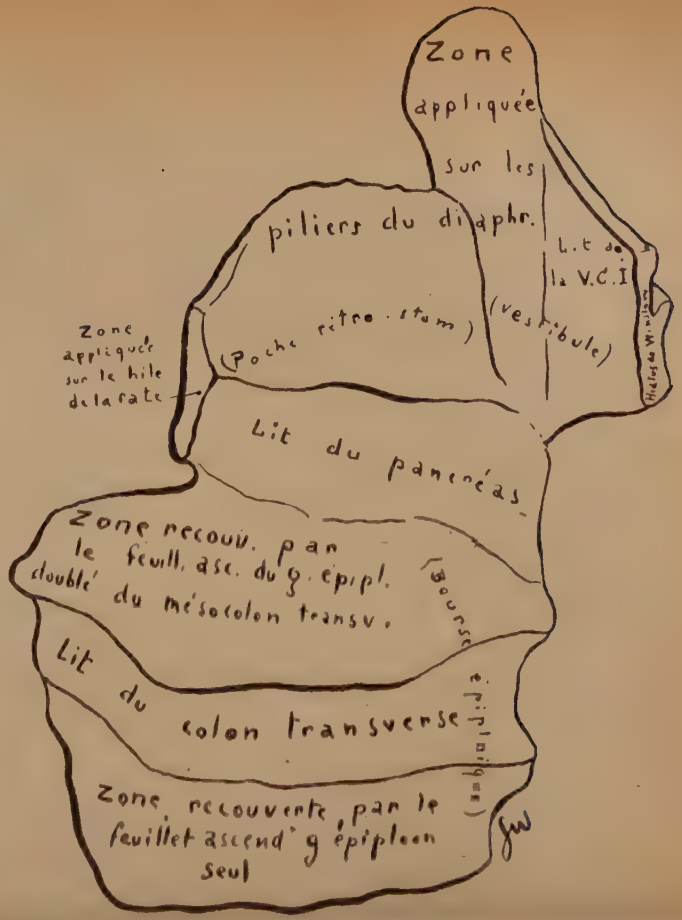
(2) Lire l'excellente et brève brochure de Rogie : *Notes sur divers points de l'Anatomie du péritoine etc...* Paris. Coccoz. 1895, qui donne de l'arrière-cavité une idée saisissante et dont je n'ai pas été sans m'inspirer.

FIGURES 7 et 8

représentant une maquette en glaise

de l'arrière-cavité, vue de face et de dos.


Zone recouverte par le petit épiploon (vestibule)
Lit de l'estomac (Poche rétro-stomacale)
Zone recouverte par le feuillet descendant du grand épiploon
(Bourse épiploïque)


Zone appliquée sur les piliers du diaphr.
(Poche rétro-stom.)
(vestibule)
Zone appliquée sur le hile de la rate
Lit du pancréas
Zone recouv. par le feuill. asc. du g. épipl. double du mésocolon transv.
Lit du colon transverse
Zone recouverte par le feuillet ascend. g. épiploon seul

FIGURES 9 et 10

représentant une maquette en glaise

de l'arrière-cavité, vue de profil

droit et de profil gauche.

Zone recouverte par le petit épiploon
Lobule de Spigel
Hiatus de Winslow
Lit du pancréas
Zone recouverte par f. descend. du g. épiploon
Lit du colon transv.
Zone rec. par f. ascend. du g. épipl.

Fig. 9. — Maquette en glaise représentant l'arrière-cavité. Vue latérale droite. (Schéma explicatif).

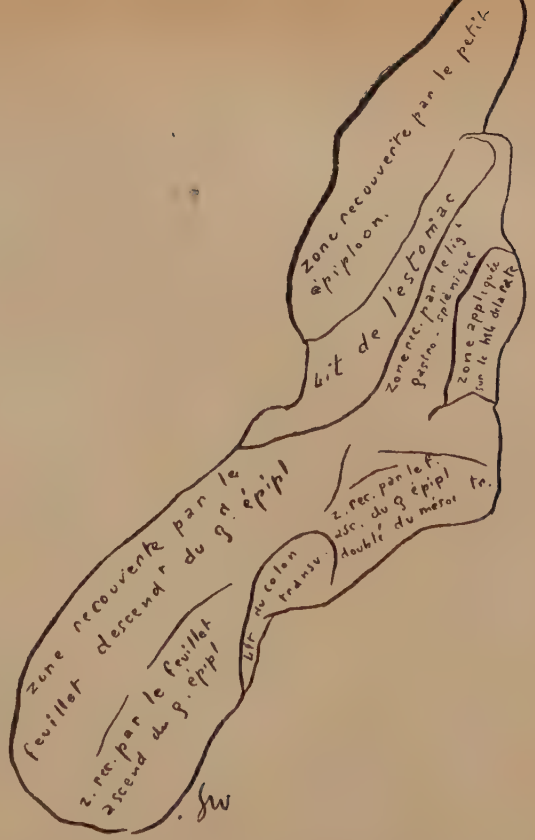
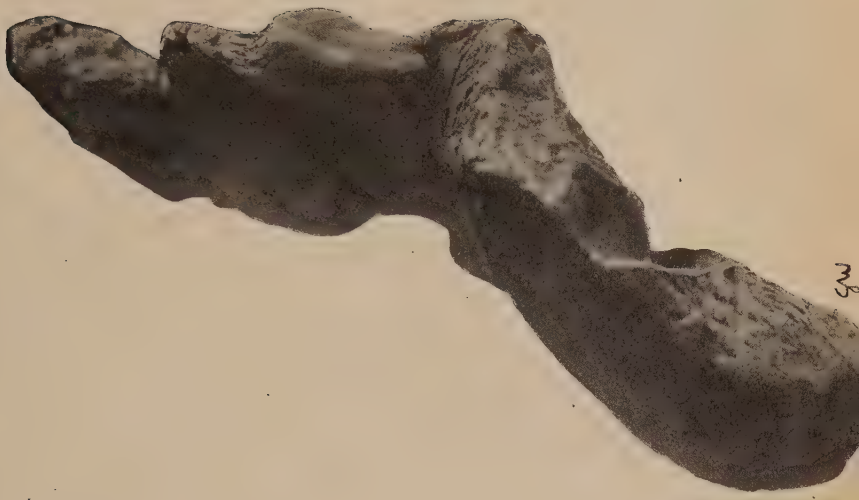
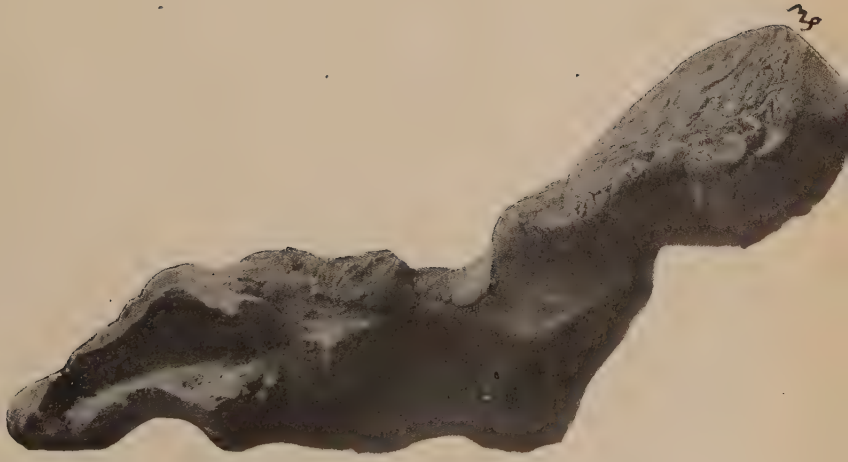

Zone recouverte par le petit épiploon.
Lit de l'estomac
Zone recouverte par le feuillet descend. du g. épipl.
Zone rec. par le feuillet ascend. du g. épipl.
Lit du colon transv.

Fig. 10. — Maquette en glaise représentant l'arrière-cavité. Vue latérale gauche. (Schéma explicatif).





III. — Rapports de l'arrière-cavité.

1° Avec les artères de l'estomac.
2° Avec les divers segments du tube digestif.
3° Avec les parois abdominales antérieure et postérieure.

1° Rapports de l'arrière-cavité avec les artères de l'estomac (1).

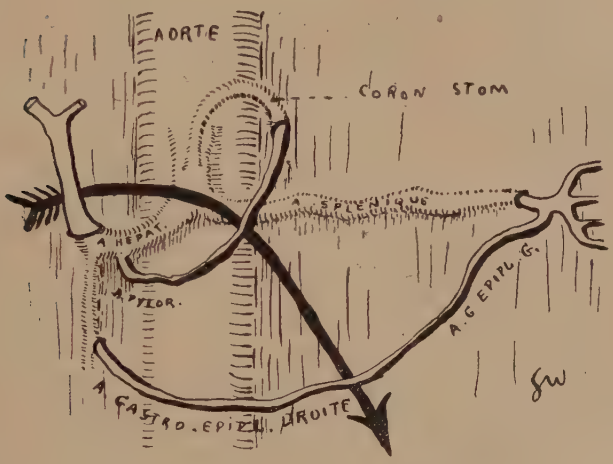


Fig. 11. — Les deux cercles des coronaires.

Originaires du tronc cœliaque collé à la paroi, les artères gastriques, pour atteindre l'estomac qui flotte librement en pleine cavité abdominale, contournent l'arrière-cavité des épiploons. Elles l'enlacent de deux anneaux artériels :

Le petit et le grand cercle des coronaires (Fig. 11).

(1) Pour plus de détails sur les artères de l'estomac, consultez la belle thèse de Da Silva do Rio Branco. *Anatomie et médecine opératoire du Tronc cœliaque*. Paris 1912. Steinheil éditeur.

PETIT CERCLE DES CORONAIRES

Hépatique — Tr. cœliaque — Coron. stomach. (*portion ascendante*) — Vaisseaux collés à la paroi.

ARRIÈRE-CAVITÉ
(*au niveau du foramen bursæ omentalis*)

Pylorique (*br. de l'hépatique*) — Coron. stomach. (*portion descendante*) — Vaisseaux collés à la petite courbure de l'estomac.

GRAND CERCLE DES CORONAIRES

Gastro-duod. (*br. de l'hépat.*) — Hépatique — Tr. cœliaque — Splénique — Vaisseaux collés à la paroi.

ARRIÈRE-CAVITÉ
(*au niveau des confins de la poche rétro-stomacale et de la bourse épiploïque*)

Gastro-épiploïque droite (*br. de la gastro-duodénale*) — Gastro-épiploïque (*br. de la splénique*) — Vaisseaux collés à la grande courbure de l'estomac.

C'est à ces deux cercles qu'est due la classique division de l'arrière-cavité en trois parties :

A droite du petit cercle des coronaires : **le vestibule**, entre le petit et le grand cercle des coronaires : **la poche rétro-stomacale**; au-dessous du grand cercle des coronaires : **la bourse épiploïque** (Fig. 12).

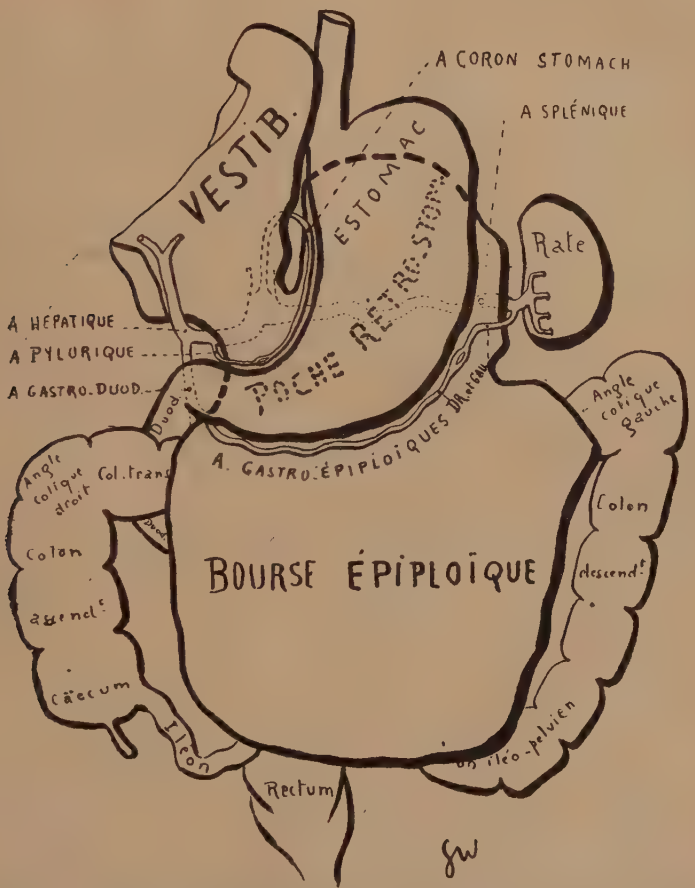


Fig. 12. — Rapports de l'arrière-cavité avec les deux cercles des coronaires et le tube digestif. — Vue antérieure.

Cette division, logique et conforme aux données de l'embryologie, est un peu gênante au point de vue descriptif et nous lui en avons préféré une autre, artificielle mais commode : pour nous, la poche rétro-stomacale, toujours limitée en haut et à gauche par le petit cercle des coronaires,

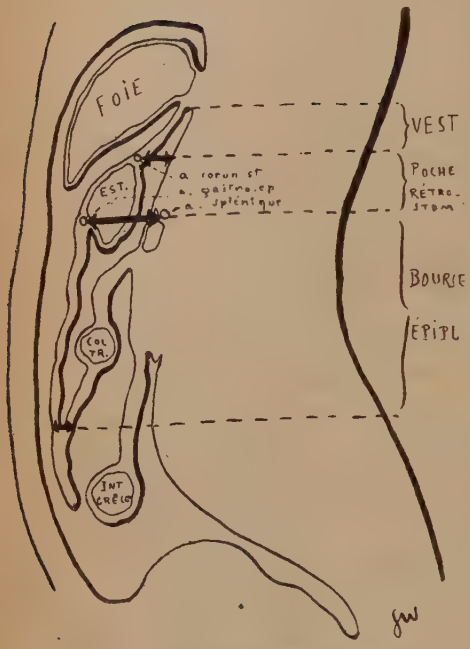


Fig. 13. — Division classique de l'arrière-cavité en trois portions.

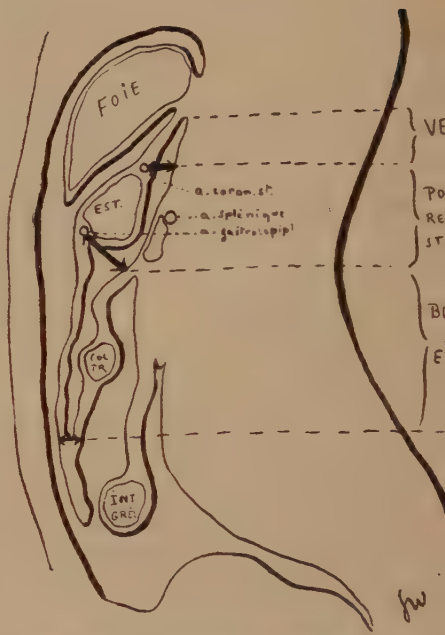


Fig. 14. — Division artificielle de l'arrière-cavité adoptée ici.

a, en bas, les limites suivantes : en avant, la grande courbure de l'estomac, longée par les deux artères gastro-épiploïques droite et gauche (*segment antérieur, viscéral, du grand cercle des coronaires*) ; en arrière, l'attache pariétale du mésocôlon transverse, qui s'insère à quelques centimètres au-dessous de l'artère splénique (*au-dessous donc du segment postérieur, pariétal, du grand cercle des coronaires*).

Grâce à cet artifice de description, la bourse épiploïque n'a plus d'autre point de contact avec la paroi abdominale dorsale, que la demi-circonférence postérieure de son orifice d'entrée ; tout le reste de la bourse flotte librement dans la grande cavité péritonéale. (Fig. 13 et 14).

2° Rapports de l'arrière-cavité des épiploons avec les divers segments du tube digestif.

L'œsophage et le pôle supérieur de l'estomac sont placés au-dessus du niveau supérieur de l'arrière-cavité ; mais les choses se passent différemment pour la grosse tubérosité et pour la région du cardia. La grosse tubérosité, recouverte de péritoine sur toutes ses faces, se développe librement dans la grande cavité péritonéale. L'œsophage abdominal, le cardia et la région adjacente de l'estomac, dépourvus de péritoine sur leur face postérieure (sur une étendue variable suivant les sujets), sont appliqués intimement contre la paroi abdominale postérieure (épanouissement du pilier gauche du diaphragme). Estomac et pilier diaphragmatique, s'accolant, forment un angle dièdre, ouvert en bas, très aigu, qui coiffe le sommet de la poche rétro-stomacale. (Fig. 1 page 1 ; Fig. 35 page 76). Enfin, le bord droit de l'œsophage fait une saillie appréciable sur le flanc gauche du sommet du vestibule (Fig. 40. et 50 pages 88 et 108).

*
* *

Le corps de l'estomac et la région pylorique adhèrent à la paroi antérieure de la poche rétro-stomacale et la refoulent en arrière (Fig. 12 page 15)

*
* *

La partie initiale de la première portion du duodenum forme le bord droit de la poche rétro-stomacale et bombe dans sa cavité.

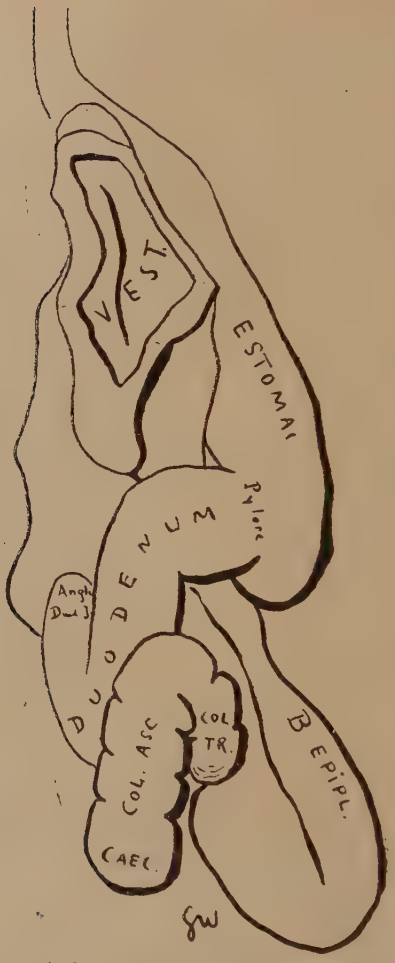


Fig. 15. — Rapports de l'arrière-cavité avec le tube digestif. — Vue latérale droite.

Le sommet du premier angle duodénal adhère à la paroi inférieure du vestibule et forme le seuil de l'hiatus de Winslow (Fig. 15).

La partie sus-mésocolique de la deuxième portion du duodénum longe le bord droit de l'arrière-cavité (à la jonction de la poche rétro-stomacale et de la bourse épiploïque), se tenant généralement à quelque distance en dehors de ce bord (Fig. 16).

*
* *

Toute la partie sous-mésocolique du duodénum et l'angle duodéno-jéjunal sont distants de la bourse épiploïque qui retombe simplement en avant d'eux, comme un tablier replié sur lui-même (Fig. 30 p. 64).

*
* *

Ce tablier masque également la majorité des anses grêles.

*
* *

Les dernières anses grêles, le cæcum, le colon ascendant, l'angle hépatique du colon, ne répondent plus à la bourse épiploïque ; ils sont simplement battus par les bords inférieur et droit du grand épiploon, bords que la bourse épiploïque n'atteint plus chez l'adulte (Fig. 16).

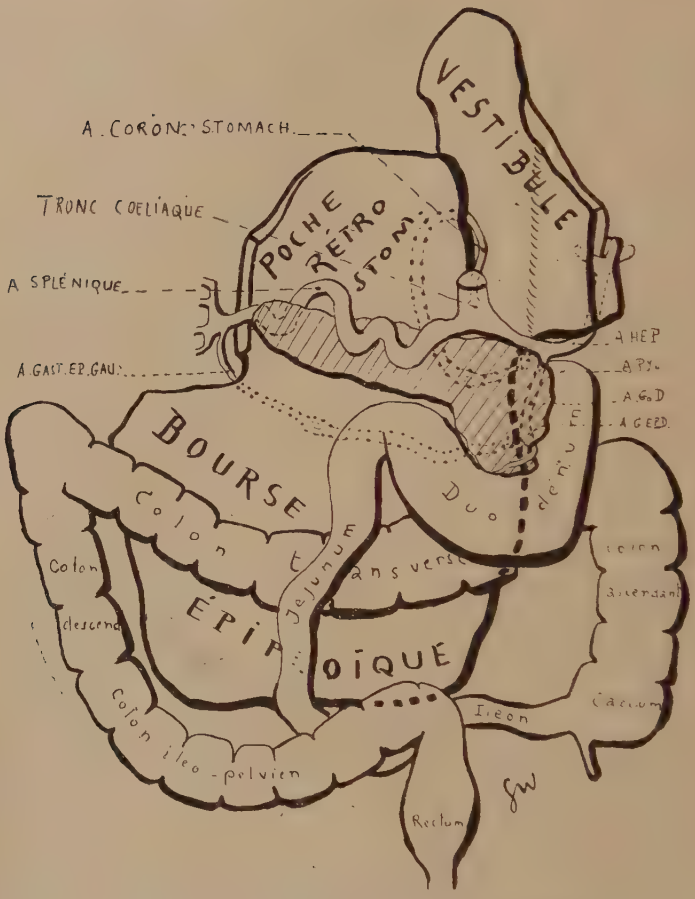


Fig. 16. — Rapports de l'arrière-cavité avec le tube digestif. — Vue postérieure.

Le colon transverse adhère à la paroi postérieure de la bourse épiploïque ; décrivant une large courbe à concavité supérieure, il la refoule en avant (Fig. 16).

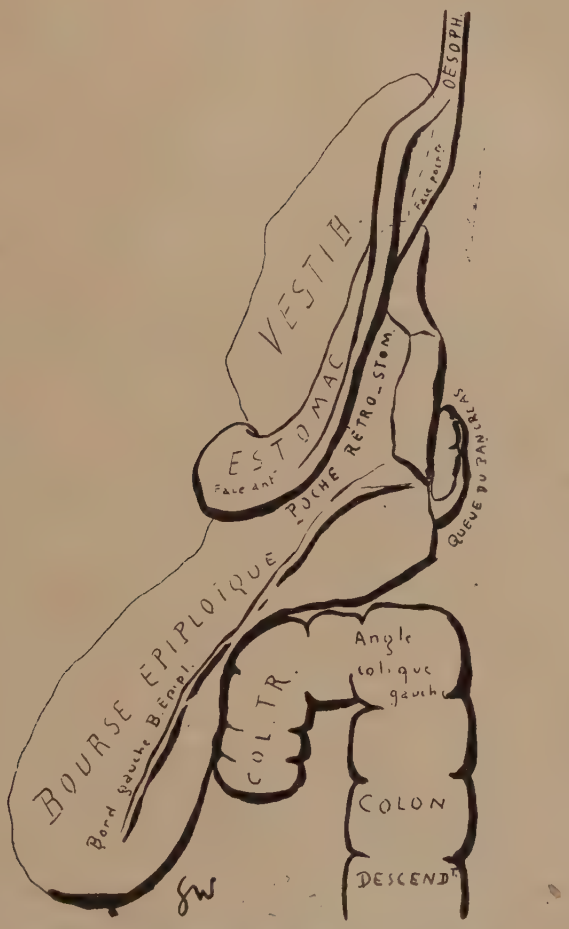


Fig. 17. — Rapports de l'arrière-cavité avec le tube digestif. — Vue latérale gauche.

L'ANGLE SPLÉNIQUE DU COLON ET LE COLON DESCENDANT ne répondent plus à la bourse épiploïque ; devant eux descend le bord gauche du grand épiploon, bord que la bourse épiploïque n'atteint plus chez l'adulte.

3° Rapports de l'arrière-cavité avec les parois abdominales antérieure et postérieure.

L'arrière-cavité est formée de deux parties superposées unies à angle obtus ; cet angle est ouvert en avant et en haut (Fig. 9 et Fig. 10 p. 12). Chacune de ces portions a des rapports différents avec les parois abdominales.

La partie supérieure (**vestibule et poche rétro-stomacale**), *verticale*, est appliquée contre la paroi abdominale postérieure et lui est unie par des tractus fibreux : car c'est le péritoine même de revêtement de la paroi abdominale postérieure qui limite en arrière vestibule et poche rétro-stomacale. Ces deux loges de l'arrière-cavité sont au moins dans leur partie haute très distantes de la paroi abdominale antérieure ; elles en sont séparées par l'étage supérieur de la grande cavité péritonéale, étage occupé en majeure partie par le foie. Cette glande se rabat comme un auvent en avant de la paroi antérieure du vestibule et de la poche rétro-stomacale (Fig. 5 p. 6).

La partie inférieure (**bourse épiploïque**), *oblique en bas et en avant*, descend librement au sein de la grande cavité péritonéale. C'est cette grande cavité qui, s'étendant en avant et en arrière de la bourse épiploïque, la sépare des deux parois du ventre. Mais, entre la bourse épiploïque et la paroi abdominale antérieure, nul organe ne se glisse, tandis qu'entre la paroi abdominale postérieure et la bourse épiploïque s'interposent l'angle duodéno-jéjunal et le coussinet des anses grêles (Fig. 5 p. 6).

DEUXIÈME PARTIE

DISSECTIONS ET COUPES DE L'ARRIÈRE-CAVITÉ CHEZ L'ADULTE

Les données théoriques précédentes ont pu paraître assez distantes de la réalité ; les planches qui vont suivre, quoique très schématiques, en seront, au contraire, toutes proches.

Elles ont été établies d'après des dissections et des coupes cadavériques au cours desquelles l'arrière-cavité a été abordée d'avant en arrière, de droite à gauche, de gauche à droite, de haut en bas, et de bas en haut.

Proches de la réalité, elles n'en sont pas l'image exacte. Elles ont dû être modifiées dans l'intérêt de la démonstration; c'est ainsi que l'épaisseur des feuillets péritonéaux a toujours été, de parti pris, considérablement exagérée. Les échelles qui accompagnent ces planches, n'ont aucune rigueur et ne sont là que pour donner une idée approximative des dimensions réelles.

Le texte a été réduit à n'être que la légende de ces planches ; les répétitions n'y ont point été craintes.

Fig. 18.

I. — L'arrière-cavité des épiploons abordée d'avant en arrière.

Les planches 18 à 25 inclusivement ont été dessinées sur un sujet féminin, de grande taille, très émacié et atteint de ptoses viscérales multiples ; les organes ne tiennent pas : l'estomac paraît plus étiré et plus développé que normalement, la rate s'est redressée en s'abaissant ; le pancréas a subi une incurvation extrême. Tout sent la ptose. Mais cela ne doit pas troubler le lecteur, la disposition générale de l'arrière-cavité reste normale.

FIGURE 18. — CONTENU DE L'ABDOMEN VU APRÈS ABLATION DE LA PAROI ANTÉRIEURE.

La paroi thoraco-abdominale antérieure a été enlevée totalement. Toute la partie antérieure du diaphragme a été réséquée. La grande courbure de l'estomac, en regard de la rate, a été attirée vers la droite, ce qui a découvert le ligament gastro-splénique.

L'ARRIÈRE-CAVITÉ n'est pas visible.

Le vestibule est masqué par le foie, qui retombe en avant de lui comme un auvent.

La poche rétro-stomacale est cachée par l'estomac, qui fait partie de la paroi antérieure de cette poche.

La bourse épiploïque est cachée par le feuillet descendant du grand épiploon qui constitue sa paroi antérieure. Le bord gauche du grand épiploon, libre dans sa plus grande étendue, s'attache en haut au diaphragme au niveau des insertions de ce muscle sur la 11e côte. Cette petite portion du grand épiploon est individualisée sous le nom de LIGAMENT PHRÉNICO-COLIQUE OU SUSTENTACULUM LIENIS.

Périt. pariétal
L. triang. G. relevé
vésic.
Petit Epiploon
Duod.
L. gastro-splén.
Lig. phrén-col.
gw

Fig 19.

FIGURE 19. — VUE, PAR SA FACE ANTÉRIEURE, DE TOUTE LA PAROI ANTÉRIEURE DE L'ARRIÈRE-CAVITÉ.

Toute la partie antérieure du foie, qui retombait comme un auvent sur le petit épiploon et l'estomac, a été réséquée suivant un plan passant un peu en avant du petit épiploon.

Ce qui est resté du foie, à gauche de l'estomac, a été soulevé pour montrer le ligament triangulaire gauche par sa face inférieure.

L'ARRIÈRE-CAVITÉ n'est pas visible.

Le vestibule est masqué par le petit épiploon qui forme sa paroi antérieure. Ce PETIT ÉPIPLOON présente trois portions :

Une portion supérieure et gauche, épaisse et opaque : *pars condensa du ligament gastro-hépatique* (conduit parfois, de la petite courbure au foie, une artère hépatique accessoire, née de la coronaire stomachique).

Une portion moyenne, mince et transparente, parfois même fenêtrée : *pars flaccida du ligament gastro-hépatique.*

Une portion inférieure et droite, épaisse et opaque : *ligament duodeno-hépatique* (contient toujours l'énorme pédicule hépatique qui occupe son bord libre, droit)

La poche rétro-stomacale est cachée par l'estomac qui en forme la paroi antérieure, et par le ligament gastro-splénique qui aborde la région hilaire de la rate, et entre dans la constitution de la paroi-latérale gauche de la poche.

La bourse épiploïque est cachée par le feuillet descendant du grand épiploon, qui en constitue la paroi antérieure.

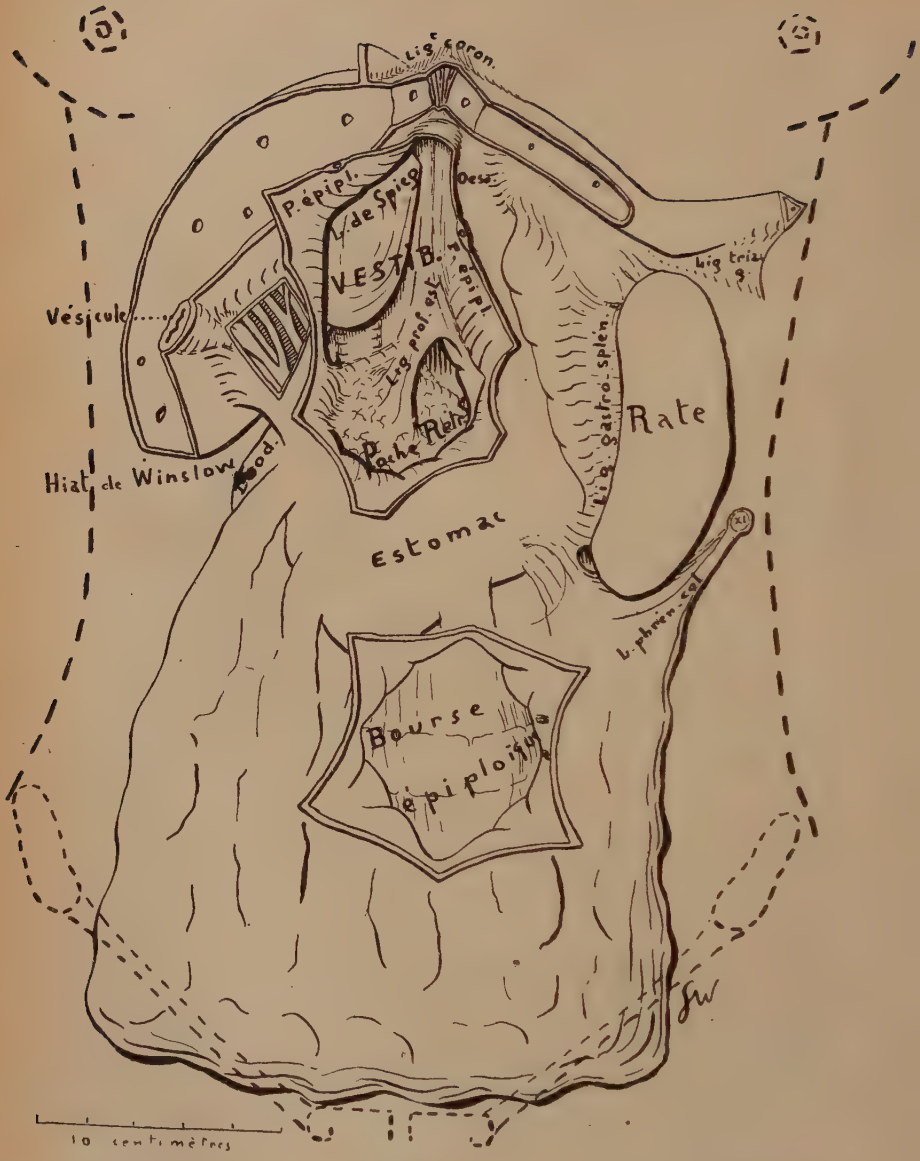

Lig gastro. colique
Lig gastro. splén.
Lig triangulaire gauche
Lig suspenseur du foie
Lig falciforme du foie
Lig coronaire
P. épipl. de Spiegel
Oesophage
VESTIB. épipl.
Lig prof. est. épipl.
Vésicule biliaire
Hiatus de Winslow
Foie
Rate
Estomac
Bourse épiploïque
Lig phréno-colique
10 centimètres

Fig. 20.

FIGURE 20. — L'ARRIÈRE-CAVITÉ APERÇUE A TRAVERS DEUX FENÊTRES PERCÉES, L'UNE DANS LE PETIT ÉPIPLOON, L'AUTRE DANS LE GRAND ÉPIPLOON.

Le petit épiploon a été fendu du bord droit de l'œsophage abdominal au bord supérieur du pylore et les deux lambeaux du petit épiploon, ainsi obtenus, ont été réclinés sur l'estomac à gauche, sur le foie à droite.

Le bord libre du petit épiploon n'a pas été sectionné, mais une fenêtre a été pratiquée dans son feuillet antérieur pour montrer les éléments du pédicule hépatique.

Sur le feuillet descendant du grand épiploon une incision cruciale a été faite; les lambeaux ainsi obtenus ont été réclinés. La grande courbure de l'estomac a, dans sa portion verticale, été refoulée à droite. pour montrer le mode d'attache exact du ligament gastro-splénique.

L'ARRIÈRE-CAVITÉ est visible sur une étendue partielle de ses trois portions.

Vestibule.

SA PAROI ANTÉRIEURE est formée par le petit épiploon dont le bord droit épaissi contient le pédicule hépatique (*en hachures* : la veine porte; — *en blanc* : *à droite* les voies biliaires, *à gauche* l'artère hépatique).

SA PAROI SUPÉRIEURE est formée d'abord par la face inférieure du foie en arrière du hile; là, le foie se renfle en un gros tubercule, le lobe de Spiegel qui « descend de la paroi supérieure du vestibule comme un pendentif d'une voûte » (Rogie); plus à gauche, le plafond du vestibule est formé par le petit épiploon, allant s'insérer à la paroi abdominale postérieure et constituant une sorte de dôme qui coiffe le point culminant du vestibule.

SA PAROI POSTÉRIEURE est formée par le péritoine pariétal, tapissant la paroi abdominale postérieure; là, se dessinent le relief vertical de la veine cave inférieure et le relief horizontal de l'artère hépatique, soulevant le péritoine en un repli qui gagne la face postérieure du duodenum.

Sa paroi inférieure est très réduite; elle est formée par le péritoine qui passe de la paroi abdominale postérieure sur la première partie du duodenum, péritoine soulevé par le pli de l'artère hépatique;

A droite, la cavité du vestibule s'ouvre dans la grande cavité péritonéale par un petit orifice : l'hiatus de Winslow.

L'hiatus de Winslow est ainsi limité :

En avant : bord libre du petit épiploon contenant le pédicule hépatique.

En arrière : relief vertical de la veine cave inférieure.

En bas : péritoine passant de la paroi abdominale postérieure sur la première portion du duodenum (avec le repli de l'artère hépatique).

En haut : face inférieure du foie, entre la partie droite du sillon transverse et le sillon de la veine cave inférieure : il n'y a là qu'une étroite languette de foie, soulevée en une saillie oblique qui fait suite au lobe de Spiegel (Voir Fig. 23, p. 42 et Fig. 29, p. 62) et en constitue le prolongement caudé.

La paroi gauche du vestibule est incomplète : elle est formée par la face antérieure et gauche du *ligament profond de l'estomac*, ligament qui sépare du vestibule la partie haute de la poche rétro-stomacale.

Le ligament profond de l'estomac, disposé dans un plan oblique en avant et à gauche, a une forme grossièrement triangulaire :

Son bord postérieur s'attache à la paroi abdominale postérieure (tronc cœliaque et portion vertébrale du diaphragme);

Son bord antérieur s'attache à la partie haute de la petite courbure, en arrière de l'insertion gastrique du petit épiploon;

Son bord inférieur concave forme une arcade qui va du pancréas à la partie supérieure de la petite courbure ;

Sa face gauche [*et postérieure*], invisible sur la Fig. 20, répond à la poche rétro-stomacale.

Sa face droite [*et antérieure*] forme la paroi gauche du vestibule.

Dans l'épaisseur, appréciable, du ligament profond de l'estomac, chemine l'artère coronaire stomachique, qui passe haut dans le ligament, ayant au-dessous d'elle la veine coronaire stomachique.

Là où s'arrête en bas le ligament profond de l'estomac, la paroi gauche du vestibule cesse d'exister, et le vestibule communique par un large orifice, le foramen bursæ omentalis, avec la poche rétro-stomacale.

Le foramen bursæ omentalis, à limites vagues, n'est en rien comparable à l'hiatus de Winslow ; il est inscrit dans le petit cercle des coronaires et est ainsi limité :

En arrière et en haut : bord libre du ligament profond de l'estomac.

En avant : petite courbure de l'estomac et bord supérieur de la partie initiale de la première portion du duodenum.

En bas : péritoine soulevé en repli de l'artère hépatique.

Poche rétro-stomacale.

La poche rétro-stomacale est dissimulée presque tout entière derrière l'estomac ; cependant, comme, ici, l'estomac a été abaissé et la petite courbure attirée à gauche, on voit un peu de cette poche, d'abord entre le pancréas et l'estomac, puis plus haut sous le ligament profond et au-delà de ce ligament vers la gauche.

Sa paroi postérieure n'est visible que sur une faible étendue; elle est formée par le péritoine pariétal tapissant pancréas et portion vertébrale du diaphragme;

Sa paroi antérieure est formée par l'estomac.

Sa paroi gauche est formée par deux ligaments péritonéaux convergeant vers le hile de la rate.

En arrière, le ligament pancréatico-splénique, toujours petit, pouvant même faire défaut, invisible ici.

En avant, le ligament gastro-splénique seul visible sur la Fig. 20. Son insertion gastrique se fait non sur la grande courbure, mais un peu en arrière d'elle. Ce ligament gastro-splénique se continue directement en bas avec le grand épiploon.

Bourse épiploïque.

Seule, une faible partie de sa lumière est ici visible.

La paroi antérieure de la bourse épiploïque est formée par le feuillet descendant du grand épiploon.

La paroi postérieure est formée par le feuillet ascendant du grand épiploon seul en bas, doublé plus haut du côlon, puis du méso-côlon transverse.

FIGURE 21. — VUE DE L'ARRIÈRE-CAVITÉ
APRÈS RABATTEMENT DE SA PAROI ANTÉRIEURE,
FENDUE DANS TOUTE SA HAUTEUR.

Att. l.g coron.
Attache du l.g triang. gauche
Oesophage
Lobe de Spieg.
VEST.
Estomac 1
Vésic. biliaire
Pet. Epipl.
Petit épiploon
V.C.I.
Art. Hep.
Duod.
POCHE RÉTRO-STOM.
Rate
Estomac 3
Estomac 4
Mésocolon transverse
BOURSE
ÉPIPLOÏQUE
Colon transverse
G. épiploon ft ascend.
Grand Epiploon
feuillet descendant
10 centimètres

Fig. 21.

FIGURE 21. — VUE DE L'ARRIÈRE-CAVITÉ APRÈS RABATTEMENT DE SA PAROI ANTÉRIEURE, FENDUE DANS TOUTE SA HAUTEUR.

La paroi antérieure de l'arrière-cavité a été fendue dans toute sa hauteur, suivant une ligne passant, approximativement, par le milieu du petit épiploon, le vestibule pylorique et le milieu du feuillet descendant du grand épiploon. Un nouveau trait de section a séparé le corps de l'estomac de sa grosse tubérosité et fendu le ligament gastro-splénique; les lambeaux ainsi obtenus ont été éversés en dehors.

Cette planche est de lecture difficile; elle comporterait des effets de profondeur, auxquels il n'a pas été possible d'atteindre.

L'ARRIÈRE-CAVITÉ, largement éventrée, apparaît dans presque toute son étendue.

Vestibule.

SA PAROI ANTÉRIEURE, constituée par le petit épiploon, a été subdivisée en une série de segments. Les uns, éversés, se présentent par leur face postérieure; ce sont :

a) *Petit épiploon 2*.

b) *Petit épiploon 3* : Celui-ci, à son insertion sur la petite courbure, est séparé de l'insertion du ligament profond de l'estomac par une petite zone gastrique triangulaire, qui fait partie de la paroi gauche du vestibule.

c) Fragment adhérent à la petite courbure du corps de l'estomac.

d) Fragment adhérent à la petite courbure du vestibule pylorique.

Les autres segments du petit épiploon laissés en place, se présentent par leur face antérieure; ce sont :

e) *Petit épiploon 1*. Le bord libre du petit épiploon contient le pédicule hépatique, non représenté ici pour ne pas surcharger la figure.

f) *Petit épiploon 4*. A son point culminant, le petit

épiploon forme une sorte de coupole qui coiffe le sommet du vestibule, au-dessous et en avant de l'attache pariétale du ligament coronaire (1).

Poche rétro-stomacale.

Sa paroi antérieure est formée par l'estomac qui a été ici subdivisé en trois segments.

a) *Estomac 1* représente la partie supérieure de l'estomac; derrière elle, s'enfonce la poche rétro-stomacale; mais elle n'atteint pas au point culminant de l'estomac. L'accolement de la face postérieure de l'estomac au diaphragme barre la route à la poche rétro-stomacale.

b) *Estomac 2* représente la petite zone d'estomac libre, intermédiaire aux attaches gastriques du ligament profond de l'estomac et du petit épiploon.

c) *Estomac 3* représente le corps de l'estomac.

d) *Estomac 4*, la région pylorique de l'estomac et la partie initiale de la première portion du duodenum.

A gauche, la poche rétro-stomacale vient buter contre le hile de la rate. Elle s'y encapuchonne entre les deux ligaments qui convergent vers ce hile et qui sont :

a) *En arrière* : **le ligament pancréatico-splénique** contenant la queue du pancréas et les vaisseaux spléniques.

b) *En avant* : **le ligament gastro-splénique** contenant les vaisseaux courts et l'artère gastro-épiploïque gauche, branches de l'artère splénique. Ce dernier ligament est seul visible sur la fig. 21.

La paroi droite de la poche rétro-stomacale ne présente aucune unité ni dans sa forme, car elle est toute disloquée

(1) Sur un sujet, nous avons même pu voir le sommet du vestibule se prolongeant en une sorte de fossette conique, très haut dans la racine du ligament coronaire.

dans l'espace, ni dans sa constitution, car elle comprend trois segments qui se succèdent de haut en bas et de gauche à droite, et sont essentiellement différents les uns des autres. Ce sont :

a) *En haut et à gauche* : la face postérieure et gauche du ligament profond de l'estomac.

b) *Au milieu* : Un large orifice qui fait communiquer la poche rétro-stomacale et le vestibule, le foramen bursæ omentalis dont la circonférence est rompue en deux points sur la fig. 21, et dont la description a été donnée à la page 31.

c) *En bas et à droite* : la face postérieure et gauche de la partie initiale de la première portion du duodenum. En effet cette portion du duodenum peut être divisée en deux segments : l'un : **segment initial juxta-gastrique**; l'autre : **segment terminal juxta-pariétal** voisin de la 2e portion du duodenum. Le péritoine se comporte différemment au niveau de ces deux segments.

Le segment juxta-gastrique est revêtu de péritoine sur ses deux faces, tout comme le corps de l'estomac et la région pylorique. C'est lui qui forme la partie inférieure de la paroi droite de la poche rétro-stomacale.

Le segment juxta-pariétal au contraire n'est revêtu de péritoine que sur sa face antérieure; sa face postérieure s'accole à la paroi et cet accolement barre la route à la poche rétro-stomacale. Rappelons que la face supérieure de cette portion juxta-pariétale du premier segment duodénal contribue à former le seuil de l'hiatus ou canal de Winslow, qui appartient au vestibule.

En bas, la poche rétro-stomacale s'ouvre largement dans la bourse épiploïque, en regard de la grande courbure de l'estomac, en avant; en regard du bord inférieur du corps du pancréas (1), en arrière.

(1) Suivant la délimitation fixée arbitrairement ici à la poche rétro-stomacale V. p. 15

Bourse épiploïque.

En bas, la bourse épiploïque n'atteint pas le bord libre du grand épiploon ; l'accolement du feuillet descendant au feuillet ascendant de ce ligament lui barre bientôt la route ; il en va d'ailleurs de même au niveau de tout le bord gauche du grand épiploon et de la plus grande partie de son bord droit.

Toutefois, au niveau de la partie supérieure du bord droit de la bourse épiploïque, le péritoine présente une disposition particulière, dans l'étude de laquelle il y a lieu d'apporter quelque précision. En effet, tandis qu'en bas, le bord droit de la bourse épiploïque est un simple bord linéaire (ligne d'union des deux feuillets du grand épiploon), en haut ce bord s'élargit en une lame qui peut être individualisée sous le nom de ligament gastro-pancréatico-mésocolique (1), nom qui résume les principales insertions de cette lame.

Car, *en haut*, elle s'attache sur le bord inférieur de l'estomac (canal pylorique) et de la partie initiale de la première portion du duodenum. (Estomac 4. Fig. 21).

En arrière ; elle s'attache à la paroi abdominale postérieure, verticalement, depuis le bord inférieur de la première portion du duodenum (partie terminale, juxta-pariétale), jusqu'à l'insertion pariétale de la partie droite du méso-côlon transverse. Mais la ligne d'attache de cette lame peut, soit passer sur la deuxième portion du duodenum, soit chevaucher à la fois le bord droit du pancréas et le bord gauche de la deuxième portion du duodenum, soit, le plus souvent et c'est le cas ici (Fig. 23 et 24), passer sur la face antérieure de la tête du pancréas, à gauche de la deuxième portion du duodenum. La racine pariétale de cette lame gastro-

(1) Le nom de *ligament duodeno-pancréatico-mésocolique* serait peut-être plus exact, mais certainement plus rébarbatif encore.

pancréatico-mésocolique a une épaisseur variable ; très souvent, cette épaisseur est notable, et la lame péritonéale s'insère non sur une simple ligne, mais sur une large surface ; dans cette racine, rampe habituellement l'artère gastro-duodénale.

En bas (*et en arrière*) le ligament gastro-pancréatico-mésocolique s'attache sur la face antérieure du feuillet ascendant du grand épiploon, doublé du mésocôlon transverse.

En avant (*et en bas*), il se continue avec le feuillet descendant du grand épiploon.

Ce ligament sera vu en coupe sur la fig. 46 (p. 100).

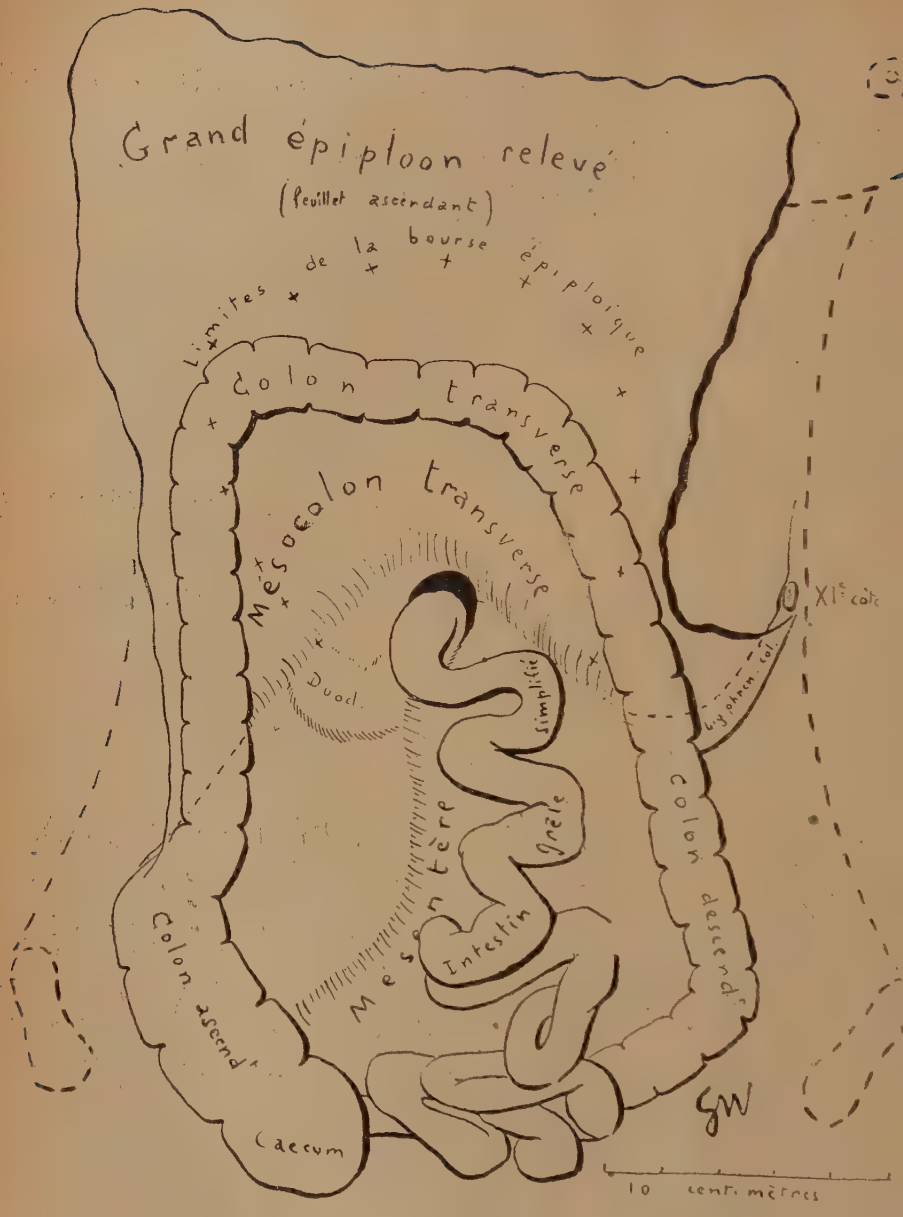

Grand épiploon relevé
(feuillet ascendant)
de la bourse
épiploïque
Limites
Côlon transverse
Mésocôlon transverse
Duod.
Grêle
Mésentère
Intestin
Colon descend.
Colon ascend.
Cæcum
XI.e côte
Hypochon. col.
10 centimètres

Fig 22.

FIGURE 22. — VUE PAR SA FACE POSTÉRIEURE DE TOUTE LA PAROI POSTÉRIEURE DE LA BOURSE ÉPIPLOÏQUE.

Le grand épiploon a été saisi par ses deux angles inférieurs et relevé en totalité. Sa face primitivement postérieure est devenue antérieure.

L'ARRIÈRE-CAVITÉ n'est pas visible.

Bourse épiploïque.

Sa paroi postérieure apparaît par sa face dorsale qui est formée par le feuillet ascendant du grand épiploon d'abord isolé, mais que viennent bientôt doubler côlon et méso-côlon transverses.

Les limites latérale et inférieure de la cavité de la bourse épiploïque ont été projetées sur cette paroi sous forme d'une ligne +++++.

Remarquons sur la fig. 22 les points suivants :

a) Forme en hamac prise par le ligament phrénico-colique dont la continuité avec le bord gauche du grand épiploon apparaît manifestement;

b) L'angle duodéno-jéjunal émerge d'une profonde fossette duodéno-jéjunale.

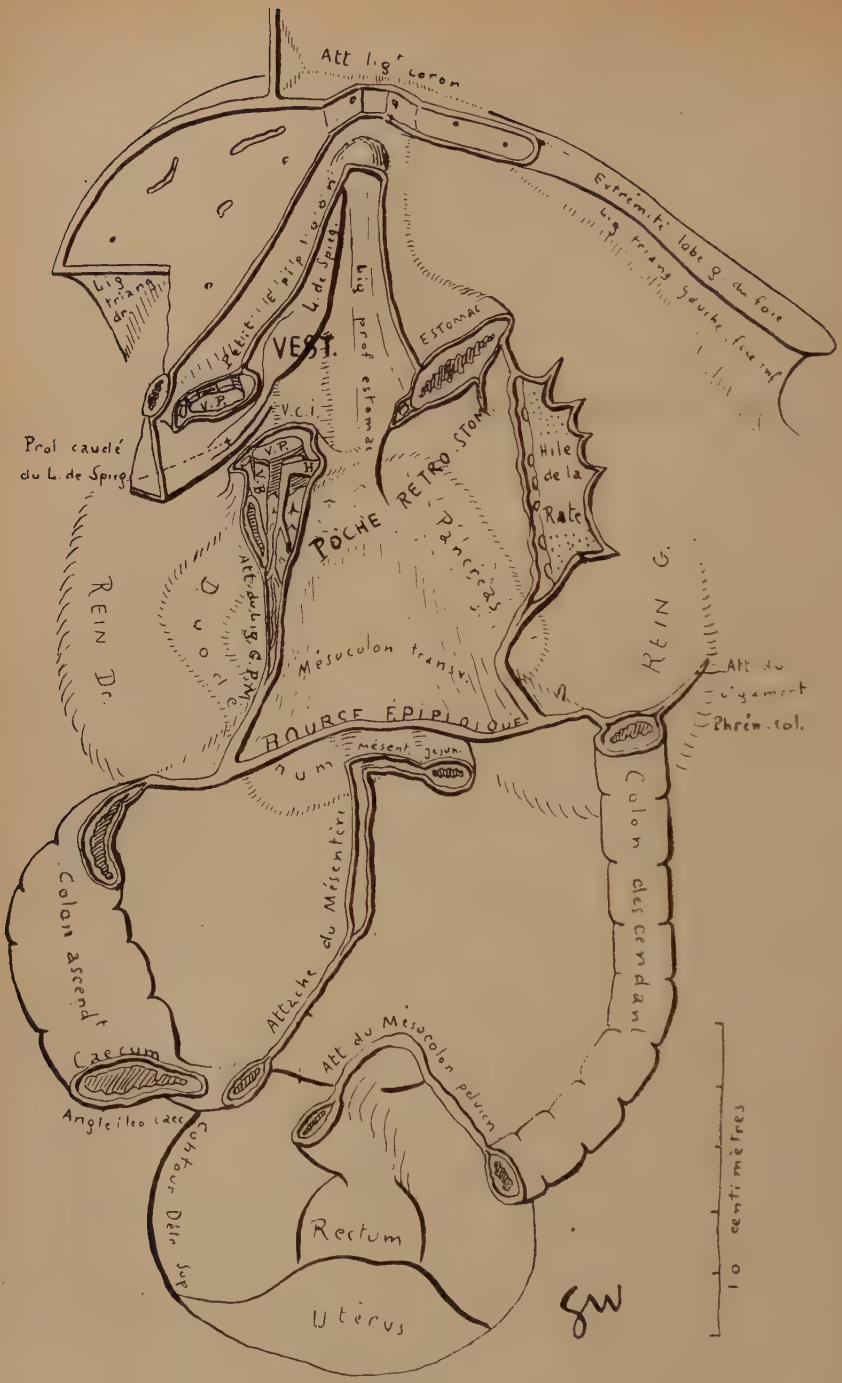

Att lig colon
Extrémité lobe G. du foie
lig triang gauche, face inf
Petite L. de Spirig
lig triang dr
VESS.
V.P.
V.C.I.
Prol cavité du L. de Spirig
lig falc ombilic
Estomac
RETRO STOM
Hile de la Rate
POCHE
Ulcère
REIN Dr.
Duodénum
Att du lig G. Pancr
Mésocolon transv.
REIN G.
Att du ligament Phrén. col.
BOURSE ÉPIPLOÏQUE
Mésent jejun
Colon ascendt
Attache du Mésentère
Colon descendant
Caecum
Angle ileo caec
Att du Mésocolon pelvien
Rectum
Utérus
10 centimètres

Fig. 23.

FIGURE 23. — VUE DE LA MAJEURE PARTIE DE LA PAROI POSTÉRIEURE DE L'ARRIÈRE-CAVITÉ.

La presque totalité de l'estomac a été enlevée avec les ligaments péritonéaux y attenant. Le ligament pancréatico-splénique a été coupé au ras de son attache pariétale [ici ce ligament n'existait pas, la rate était sessile. Mais la surface d'attache dentelée du péritoine autour du hile peut-être considérée comme la surface d'attache, exagérée en ses dimensions du ligament pancréatico-splénique. Ce ligament sera au contraire bien visible dans les Fig. 34, 41 à 44 et 48].

La rate et le ligament gastro-splénique ont disparu.

Le grand épiploon a été sectionné au ras de son attache sur les parties latérales du méso-côlon.

Le méso-côlon lui-même, en sa partie moyenne, a été réséqué transversalement.

Presque tout le grêle avec son mésentère, cæcum, côlon transverse, côlon pelvien et son méso, ont disparu.

Le duodenum a été sectionné au point de jonction des deux segments juxta-gastrique et juxta-pariétal de sa première portion.

Le bord libre du petit épiploon a été coupé transversalement ainsi que le pédicule hépatique qu'il contient.

La face inférieure, du foie a été réclinée en haut.

Le ligament gastro-pancréatico-méso-colique a été coupé au ras de son attache pariétale.

L'ARRIÈRE-CAVITÉ montre presque toute sa paroi postérieure.

Vestibule.

Sa paroi supérieure apparaît dans toute son étendue, montrant le lobe de Spiegel et son prolongement caudé qui s'effile au-dessus de l'hiatus de Winslow.

Dans l'épaisseur de la paroi gauche du vestibule, ou ligament profond de l'estomac, apparaît la tranche de section de l'artère coronaire stomachique.

L'hiatus de Winslow a été éventré, par section transversale du pédicule hépatique.

Poche rétro-stomacale.

En haut, la poche rétro-stomacale s'enfonce derrière l'estomac; elle s'y termine par un cul-de-sac irrégulier; ces irrégularités sont dues à la présence de petits replis péritonéaux phrénico-gastriques. Par un de ces replis, parvient souvent, à la face postérieure de l'estomac, une artère détachée de la splénique.

La paroi gauche de la poche rétro-stomacale est habituellement formée par la convergence vers le hile de la rate des ligaments pancréatico-splénique et gastro-splénique. La rate est généralement pédiculée sur la paroi abdominale postérieure par le ligament pancréatico-splénique, qui lui amène les vaisseaux spléniques et contient la queue du pancréas. Ici, ce ligament manque, la rate est sessile; on voit même encore un peu de la pulpe splénique qui est restée adhérente à la paroi, quand on a eu réséqué la rate. La queue du pancréas est également collée contre la paroi.

On prendra une meilleure idée de la disposition normale des feuillets péritonéaux en ce point sur les Fig. 34 et 42, p. 74 et 92.

Bourse épiploïque.

Il ne reste qu'un court segment de *sa paroi postérieure*, constitué par la partie supérieure du feuillet ascendant du grand épiploon, doublé du méso-côlon transverse.

Le bord gauche de la bourse épiploïque n'est plus marqué que par la ligne d'insertion du bord gauche du grand épiploon, ligne étendue de la partie inférieure du hile splénique à la tranche de section du méso-côlon transverse.

Le bord droit de la bourse est marqué par l'insertion pariétale, pré-pancréatique du ligament gastro-pancréatico-mésocolique, dans laquelle on voit descendre l'artère gastro-duodénale, bientôt divisée en gastro-épiploïque droite et duodéno-pancréatique.

FIGURE 24. — VUE DE LA PAROI POSTÉRIEUBE DU VESTIBULE ET DE LA POCHE RÉTRO-STOMACALE, AINSI QUE DES ZONES D'INSERTION PARIÉTALE DES DIFFÉRENTS MÉSOS.

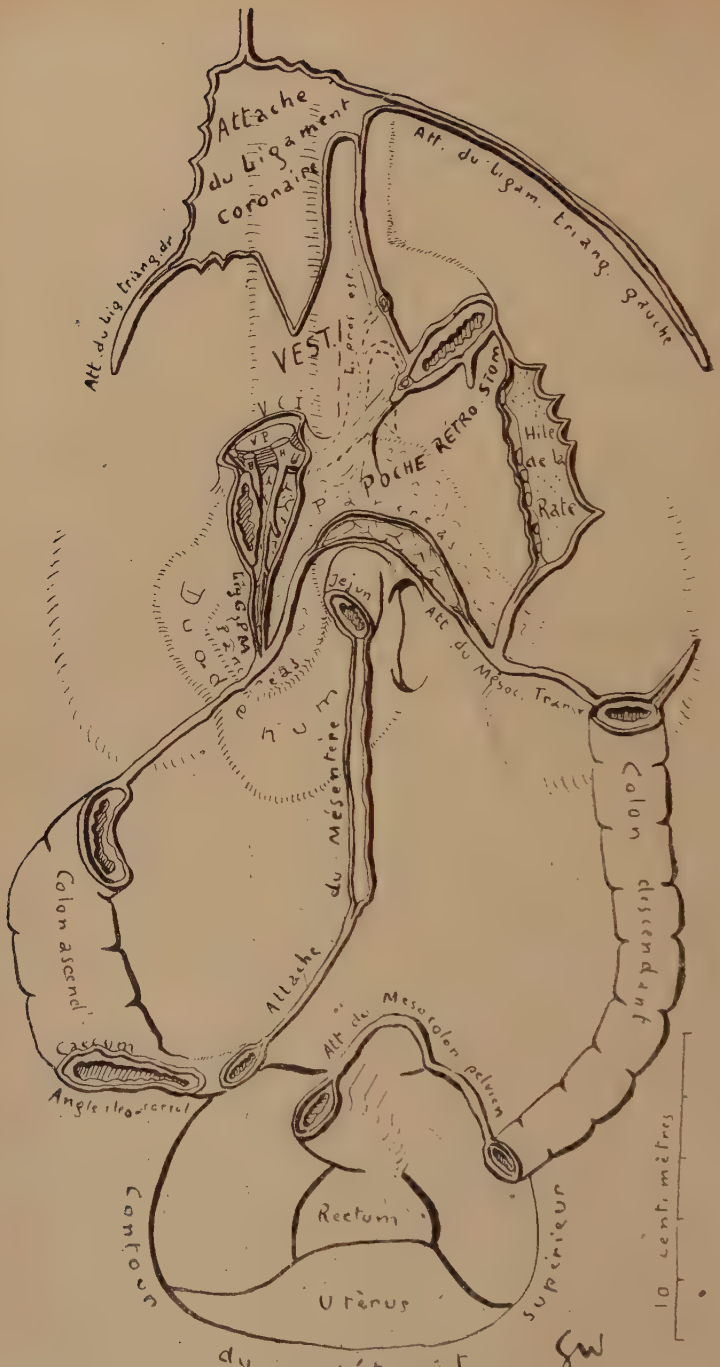

Attache du Ligament Coronaire
Att. du Lig. triangulaire
Att. du Ligam. triang. gauche
VESTIBULE
POCHE RÉTRO STOM.
Hile de la Rate
Jejun
Att. du Mésoc. Transv.
Duodénum
Attache du Mésentère
Colon ascend.
Colon descendant
Cæcum
Angle iléo-cæcal
Att. du Mesocolon pelvien
Rectum
Utérus
Contour supérieur du détroit
10 centimètres

Fig. 24.

FIGURE 24. — VUE DE LA PAROI POSTÉRIEURE DU VESTIBULE ET DE LA POCHE RÉTRO-STOMACALE, AINSI QUE DES ZONES D'INSERTION PARIÉTALE DES DIFFÉRENTS MÉSOS.

Le foie a été enlevé.

Tous les ligaments péritonéaux qui unissaient les viscères à la paroi, ont été sectionnés au ras de leur attache pariétale, à l'exception du ligament profond de l'estomac qui a été conservé.

Il n'apparaît ici que la paroi postérieure de la partie haute de l'**ARRIÈRE-CAVITÉ**.

Vestibule.

SA PAROI POSTÉRIEURE, bien dégagée, maintement qu'a disparu le lobe de Spiégel, montre le relief de la veine cave inférieure, qui, d'abord sous-péritonéale, s'enfonce dans le ligament coronaire, entre le foie dans lequel elle s'imprime profondément et la paroi postérieure. Plus haut elle s'échappera de l'abdomen, gagnant le thorax à travers le trou quadrilatère du centre phrénique.

LA PAROI GAUCHE du vestibule, constituée par le ligament profond de l'estomac, a été conservée. Sous l'attache pariétale de ce ligament a été dessinée en pointillé, l'aorte abdominale qui vient d'émerger du thorax par l'orifice aortique du diaphragme. De l'aorte naît (toujours en pointillé) le **tronc cœliaque** qui donne ses trois branches terminales :

a) *L'artère coronaire stomachique* qui décrit haut dans le ligament profond sa courbure à concavité inférieure, gagnant ainsi la petite courbe de l'estomac où elle s'insinuera dans l'insertion gastrique du petit épiploon. La branche collatérale qu'elle donne dans le ligament profond n'est autre qu'une artère hépatique accessoire (inconstante) qui gagnera le foie par la pars condensa du ligament gastro-hépatique.

b) *L'artère hépatique* qui, soulevant son repli péritonéal, gagne la face postérieure de la première portion du duodenum, et donne l'artère pylorique et l'artère gastro-duodénale.

c) *L'artère splénique* qui disparaît vite derrière le pancréas.

Bourse épiploïque.

La bourse épiploïque a presque totalement disparu de la préparation; on ne voit plus que la zone d'attache pariétale de sa paroi postérieure (méso-côlon transverse doublant le feuillet ascendant du grand épiploon). A ce niveau, une particularité qu'il ne faudrait pas ériger en règle générale : le pancréas s'est largement insinué entre les deux feuillets de la lame ascendante du grand épiploon (accolée au méso-côlon transverse) dans la paroi antérieure de la fossette duodéno-jéjunale.

Remarquer sur la Fig. 24 les points suivants :

a) Coexistence des fossettes para-duodénales avec la fossette duodéno-jéjunale, fait assez rare ;

b) L'attache du mésentère, coudée à angle obtus, présente deux segments bien différenciés : l'un vertical, large, parce qu'il est suivi par les gros vaisseaux mésentériques qui visent, non l'angle iléo-cæcal (auteurs classiques), mais le point déclive du grêle (1) Okinczyc et Lardennois) ; l'autre segment oblique en bas et à droite est grêle parce qu'il n'est suivi d'aucun vaisseau important.

(1) Point qui répondait à l'insertion sur le tube intestinal du pédicule de la vésicule ombilicale [dont il peut rester un vestige : le diverticule de Meckel] ; vésicule que desservaient chez l'embryon les vaisseaux mésentériques, alors que sous le nom de vaisseaux omphalo-mésentériques, ils ne donnaient au tube intestinal que des vaisseaux de minime importance. Voir : Okinczyc et Lardennois. *B. et Mém. Soc. An.*, 1910.

(2) Les ligaments péritonéaux escortent généralement des vaisseaux; ils suivent la fortune de ceux-ci.

Figure 25. — Dispositions des divers plans vasculaires derrière l'arrière-cavité, sur la paroi abdominale postérieure.

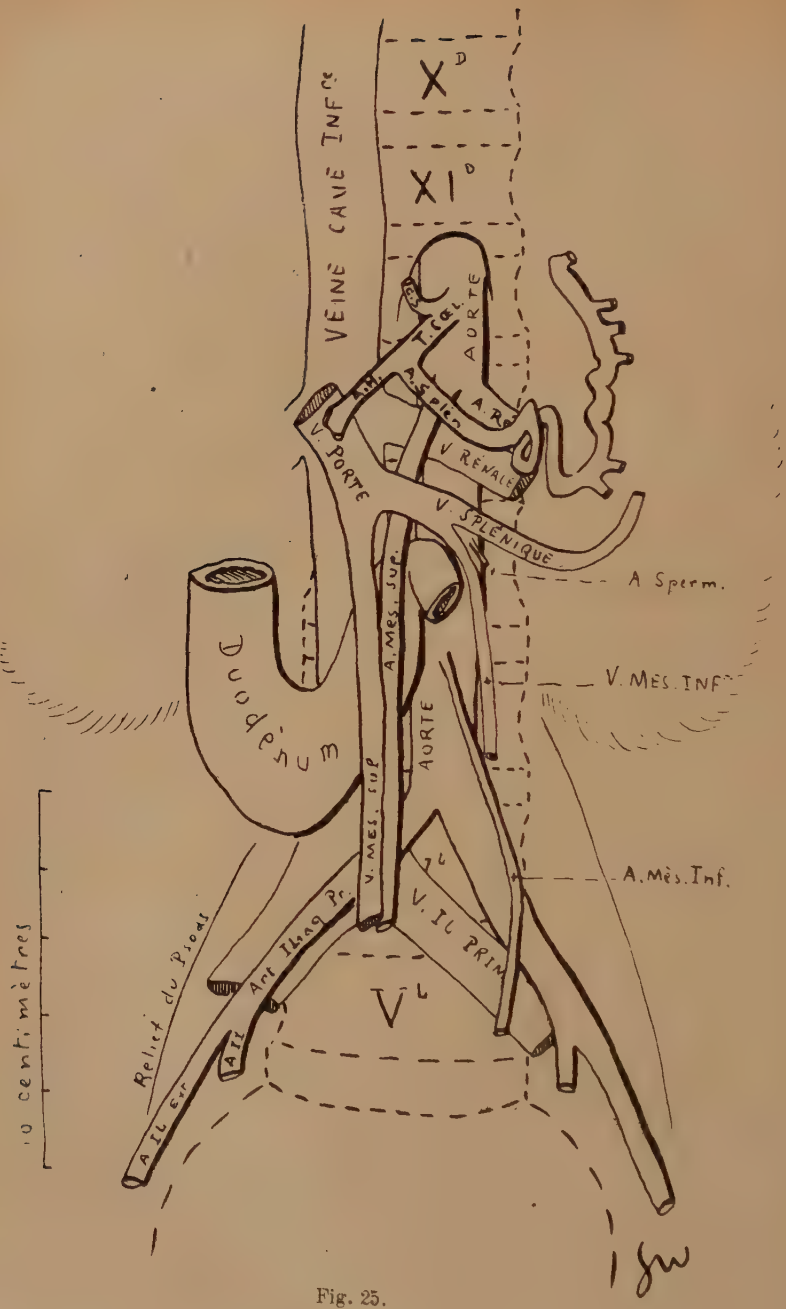

X D
XI D
VEINE CAVE INFE
AORTE
T. CEL.
A. MES.
V. PORTE
V. RENALE
V. SPLENIQUE
A Sperm.
V. MES. INF.
A. Mès. Inf.
Duodénum
A. MES. SUP.
V. MES. SUP
AORTE
V. IL PRIM
Relief du Psoas
Art Iliaq P.
A. IL. EXT
V L
0 centimètres

Fig. 25.

FIGURE 25. — DISPOSITION DES DIVERS PLANS VASCULAIRES DERRIÈRE L'ARRIÈRE-CAVITÉ, SUR LA PAROI ABDOMINALE POSTÉRIEURE.

Seuls les vaisseaux qui rampent sur la paroi abdominale postérieure et une partie du duodenum ont été conservés. La veine porte a été dégagée de sa gangue pancréatique.

Cette planche est de lecture difficile; elle s'éclairera si l'on y teinte artères et veines de couleurs différentes.

Le nœud vasculaire situé derrière la paroi postérieure de l'**ARRIÈRE-CAVITÉ** peut être divisé en cinq plans superposés, d'arrière en avant, dans l'ordre suivant :

1° *PLAN ARTÉRIEL POSTÉRIEUR* : **AORTIQUE**

Aorte abdominale.

Origine du Tronc Cœliaque d'où naît immédiatement l'artère Coronaire Stomachique.

Origine de l'Artère Mésentérique Supérieure.

Origine des Artères Rénales.

Origine des Artères Spermatiques ou Utéro-ovariennes.

Origine de l'Artère Mésentérique Inférieure, celle-ci longtemps collée à l'aorte abdominale.

2° *PLAN VEINEUX POSTÉRIEUR* : **CAVE**

Veine Cave Inférieure.

Veine Rénale gauche, passant devant l'aorte.

3° *PLAN ARTÉRIEL MOYEN* : **MÉSENTÉRIQUE SUPÉRIEUR**

La seule Artère Mésentérique supérieure qui gagne la racine du Mésentère dont elle occupe la partie large·

4° *PLAN VEINEUX ANTÉRIEUR* : **PORTE**

Veine porte : confluent de la
Veine splénique, de la
Veine mésentérique inférieure, et de la
Veine mésentérique supérieure, qui chemine en avant et à droite de l'artère mésentérique supérieure.

5° *PLAN ARTÉRIEL ANTÉRIEUR* : **HÉPATO-SPLÉNIQUE**

Artère Hépatique.
Artère Splénique; à leur origine, ces troncs sont (1) en arrière des veines du plan porte, mais finalement :
L'artère hépatique passe devant la veine porte (et à gauche);
L'artère splénique passe devant la veine splénique (et au-dessus). (2)
Ainsi les deux derniers plans vasculaires se croisent d'arrière en avant.

(1) Ainsi que la coronaire stomachique dont nous ne ferons que rappeler le trajet en arc qui la porte directement en avant.
(2) Une certaine distance sépare sur la figure 24, l'artère de la veine splénique : c'est un fait particulier, non la règle.

Figure 26. — Contenu de l'abdomen vu après ablation de sa paroi latérale droite.

10 centimètres
Rebord costal
Foie
Angle col. dr.
Colon transverse
Vu par transparence
Grand epiploon
Colon ascend.

Fig. 26.

II. — L'arrière-cavité des épiploons abordée de la droite vers la gauche.

Figure 26. — Contenu de l'abdomen vu après ablation de la paroi latérale droite.

Le sujet étant en décubitus dorsal, la paroi latérale droite de l'abdomen a été enlevée. Les contours des côtes, du foie, de la vésicule biliaire ont été projetés sur la peau.

Rien n'apparaît encore de **L'ARRIÈRE-CAVITÉ**.

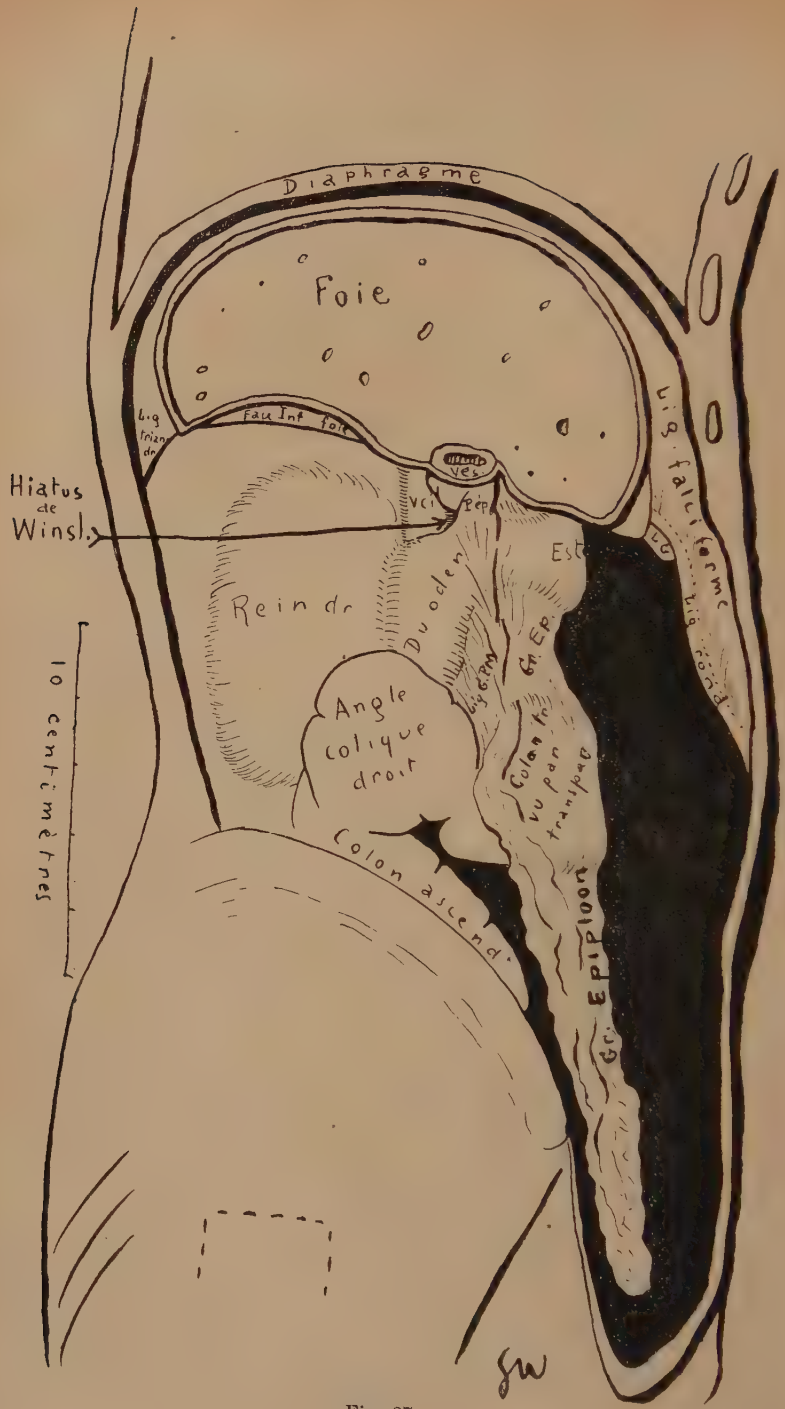

Diaphragme
Foie
Lig triang dr
Fau Int foie
Hiatus de Winsl.
Vci
Vp
Lig falciforme
Est
Rein dr
Duoden
Gl Ep
Angle colique droit
Colon ascend.
Colon vu par transparence
Gd EPIPLOON
10 centimètres

Fig. 27.

FIGURE 27. — VUE DE L'HIATUS DE WINSLOW TEL QU'IL SE PRÉSENTE SANS ARTIFICE DE PRÉPARATION.

La brèche pariétale a été élargie; la plus grande partie du lobe droit du foie, a été réséquée suivant un plan antéro-postérieur.

On aperçoit uniquement, de **L'ARRIÈRE-CAVITÉ**, l'orifice par lequel elle s'ouvre dans la grande cavité péritonéale : l'hiatus de Winslow.

Vestibule.

L'HIATUS DE WINSLOW donne accès dans le vestibule.

C'est une simple fente qui apparaît entre :

La veine cave en arrière ;

Le bord libre du petit épiploon en avant ;

Le foie en haut ;

Le segment juxta-pariétal de la première portion du duodenum en bas.

Il sera mieux vu sur les figures suivantes.

Poche épiploïque.

La cavité n'en est pas apparente. Elle se développe à gauche du bord droit du grand épiploon, bord qui apparaît libre et linéaire en bas et qui, en haut, s'élargit en cette lame (Lig. G. P. M.) qui a été décrite sous le nom de **ligament gastro-pancréatico-mésocolique**. La face droite de ce ligament est ici visible.

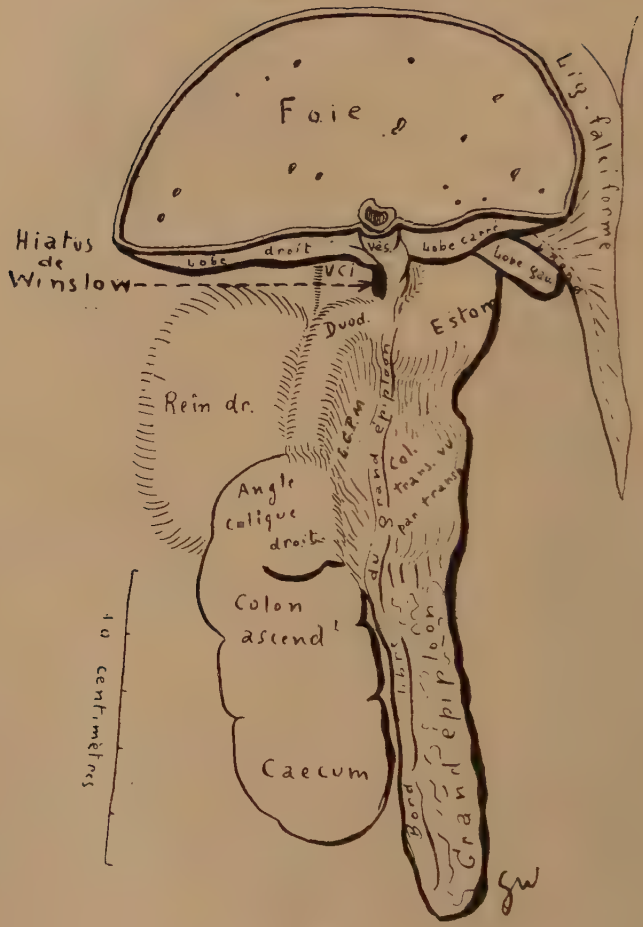

Foie
Lig. falciforme
Hiatus de Winslow
Lobe droit
Ves.
Lobe Carré
Lobe gau
VCI
Duod.
Estom
Rein dr.
Angle colique droit
Col. Trans. vu par Transp
Colon ascend
Caecum
10 centimètres
Grand épiploon
gw

Fig. 28.

FIGURE 28. — VUE DE L'HIATUS DE WINSLOW TEL QU'IL APPARAIT LORSQUE LE FOIE A ÉTÉ UN PEU SOULEVÉ ET LE BORD LIBRE DU PETIT ÉPIPLOON ATTIRÉ EN AVANT.

Vestibule.

L'hiatus de Winslow qui donne accès dans le vestibule de l'arrière-cavité apparaît distendu, et avec plus de détails. Ses limites sont les suivantes :

En haut : face inférieure du foie, entre l'extrémité droite du sillon transverse en avant et le sillon longitudinal gauche postérieur (contenant la veine cave inférieure) en arrière. A ce niveau, la surface hépatique est soulevée par un relief oblong et effilé : **le prolongement caudé du lobe de Spiegel** ;

En arrière : le péritoine pariétal tapissant le relief de la veine cave inférieure ;

En bas : le segment juxta-pariétal de la première portion du duodenum sur lequel se réfléchit en avant, le feuillet péritonéal (pré-cave), de pariétal devenant viscéral (sus-duodénal) ;

En avant : le bord droit du petit épiploon contenant le pédicule hépatique.

Le péritoine se continue régulièrement sur tout le périmètre de l'hiatus, se collant successivement sur quatre organes différents. Il est :

En haut : péritoine de revêtement glandulaire (foie) ;

En arrière : péritoine de revêtement pariétal (veine cave inférieure) ;

En bas : péritoine de revêtement du tube digestif (duodenum) ;

En avant : péritoine de revêtement de pédicule vasculaire (petit épiploon).

Bourse épiploïque.

Le ligament gastro-pancréatico-mésocolique (Lig. G. P. M.) est toujours nettement visible par sa face droite.

Figure 29. — Vue de l'hiatus de winslow tel qu'il se montre après un nouvel artifice de préparation.

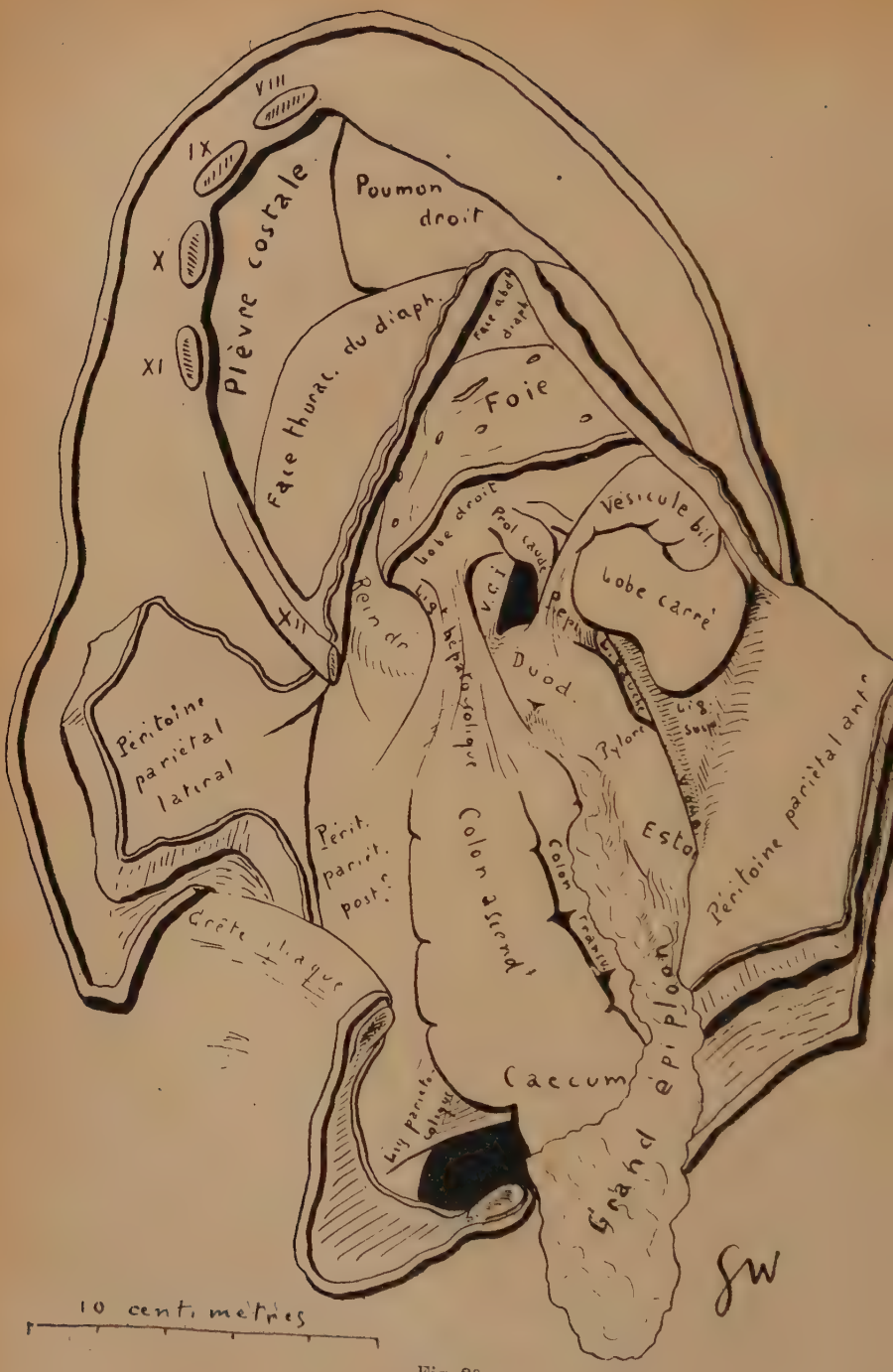

VIII
IX
X
XI
Plèvre costale
Poumon droit
Face thorac. du diaph.
Foie
Vésicule bil.
Lobe carré
Lobe droit
Rein dr.
Duod.
Pylore
Colon ascend.
Colon transv.
Caecum
Grand épiploon
Péritoine pariétal latéral
Péritoine pariétal antér.
Crête iliaque
10 centimètres

Fig. 29.

FIGURE 29. — VUE DE L'HIATUS DE WINSLOW TEL QU'IL SE MONTRE APRÈS UN NOUVEL ARTIFICE DE PRÉPARATION.

Le sujet qui a été utilisé pour cette préparation a été, non plus couché sur le dos, mais sur le côté gauche, et regardé, non plus latéralement, mais d'en haut.

La coupole diaphragmatique gauche et le foie ont été fortement attirés en haut; tous les autres viscères abdominaux (1), cédant à la pesanteur, ont glissé vers la gauche, s'isolant mieux les uns des autres et faisant béer très largement l'hiatus.

Les limites de l'**Hiatus de Winslow**, indiquées plus haut (Fig. 27) apparaissent avec une grande netteté.

Remarquer une formation inconstante mais fréquemment observée : *le ligament hépato-colique* (JONNESCO). Parfois un prolongement vers la droite du petit épiploon ou *ligament cystico-colique*, forme avec la paroi postérieure une sorte d'entonnoir prévestibulaire (2).

(1) En l'absence de l'action préalable d'un fixateur énergique.

(2) Ces formations prévestibulaires sont à étudier dans : ANCEL ET SENCERT. *Morphologie du péritoine. Les ligaments hépatiques accessoires chez l'homme. Journal de l'Anatomie*, 1903.

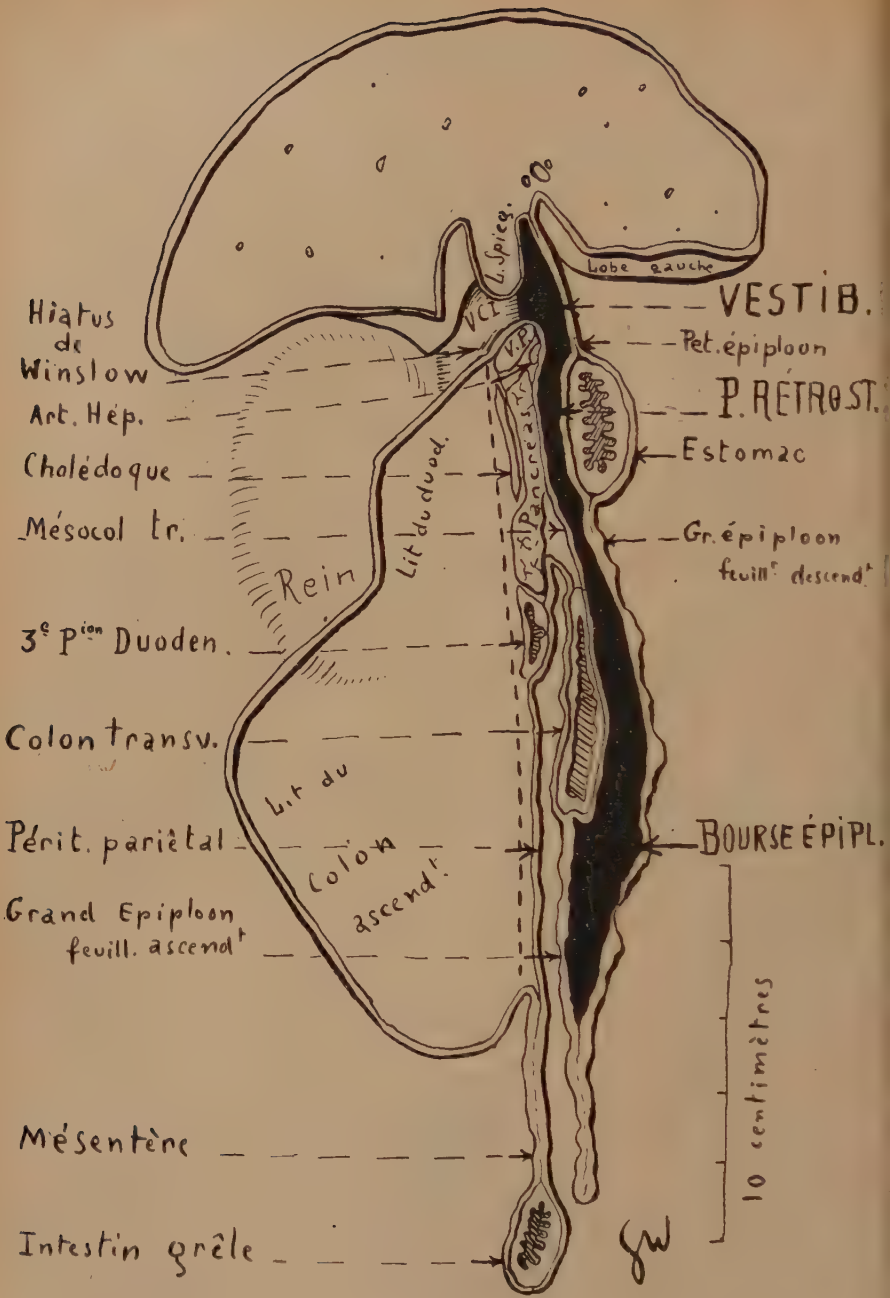

Hiatus de Winslow
Art. Hép.
Cholédoque
Mésocol tr.
3e Pion Duoden.
Colon transv.
Périt. pariétal
Grand Epiploon feuill. ascendt
Mésentère
Intestin grêle
Rein
Lit du duod.
Lit du Colon ascendt
L. Spieg.
VCI
VP
Pancréas
Lobe gauche
VESTIB.
Pet. épiploon
P. RÉTRO ST.
Estomac
Gr. épiploon feuillt descendt
BOURSE ÉPIPL.
10 centimètres

Fig. 30.

Figure 30. — Vue d'une coupe para-médiane droite de l'arrière-cavité.

Cette coupe a été faite sur le sujet qui a servi à dessiner les Figures 26, 27, 28. Le couteau se déplaçant dans un plan antéro-postérieur, a fendu longitudinalement l'arrière-cavité pour venir buter contre le rachis, suivant une ligne marquée sur la figure par un pointillé vertical. Les viscères qui étaient à la droite du plan de section ont disparu; c'étaient : d'abord, la partie droite du foie avec le pédicule hépatique, puis la première et la deuxième portions du duodenum, le côlon ascendant, l'origine du côlon transverse. On voit encore sur la figure le lit de ces derniers organes, lit où la paroi est privée de péritoine. Les viscères qui étaient à gauche (1) du plan de section ont, au contraire, été laissés en place (2).

L'ARRIÈRE-CAVITÉ est visible dans ses trois portions.

Vestibule.

Sa paroi inférieure, péritoine pariétal soulevé et entraîné par le pédicule hépatique, est beaucoup moins étendue que sa paroi supérieure, car elle est entamée, ébréchée par le foramen bursæ omentalis, orifice que circonscrit le petit cercle des coronaires;

Sa paroi supérieure est formée par la face inférieure du foie, lobe de Spiegel descendant du foie comme un « pendentif d'une voûte »;

Sa paroi postérieure : veine cave inférieure et paroi abdominale postérieure;

Sa paroi antérieure : petit épiploon.

Poche rétro-stomacale.

Sa paroi antérieure est formée par le péritoine qui revêt la face postérieure de l'estomac (ici région pylorique);

(1) Sur la figure, ils apparaissent à droite de la ligne pointillée.

(2) Si le lecteur se sent désorienté par cette figure, qu'il ne s'occupe que de ce qui figure à droite de la ligne verticale pointillée qui de la veine cave inférieure va à la racine du mésentère.

Sa paroi postérieure, par le péritoine pariétal recouvrant la tête du pancréas.

Bourse épiploïque.

Sa paroi antérieure est constituée par le feuillet descendant du grand épiploon ;

Sa paroi postérieure, par le feuillet ascendant du grand épiploon, seul en bas, doublé du côlon et du méso-côlon transverses en haut ;

Son bord inférieur, marqué par l'accolement des deux feuillets du grand épiploon, reste à une certaine distance du point déclive de ce ligament.

Tandis que vestibule et poche rétro-stomacale sont directement en contact avec la paroi abdominale postérieure, la bourse épiploïque en est séparée par la grande cavité péritonéale. Sur cette paroi rampe la troisième portion du duodenum et s'attache le mésentère, qui, en arrière de la bourse épiploïque, suspend les anses grêles.

Figure 31. — Vue d'une coupe longitudinale de l'arrière-cavité, coupe passant légèrement a droite de la ligne médiane.

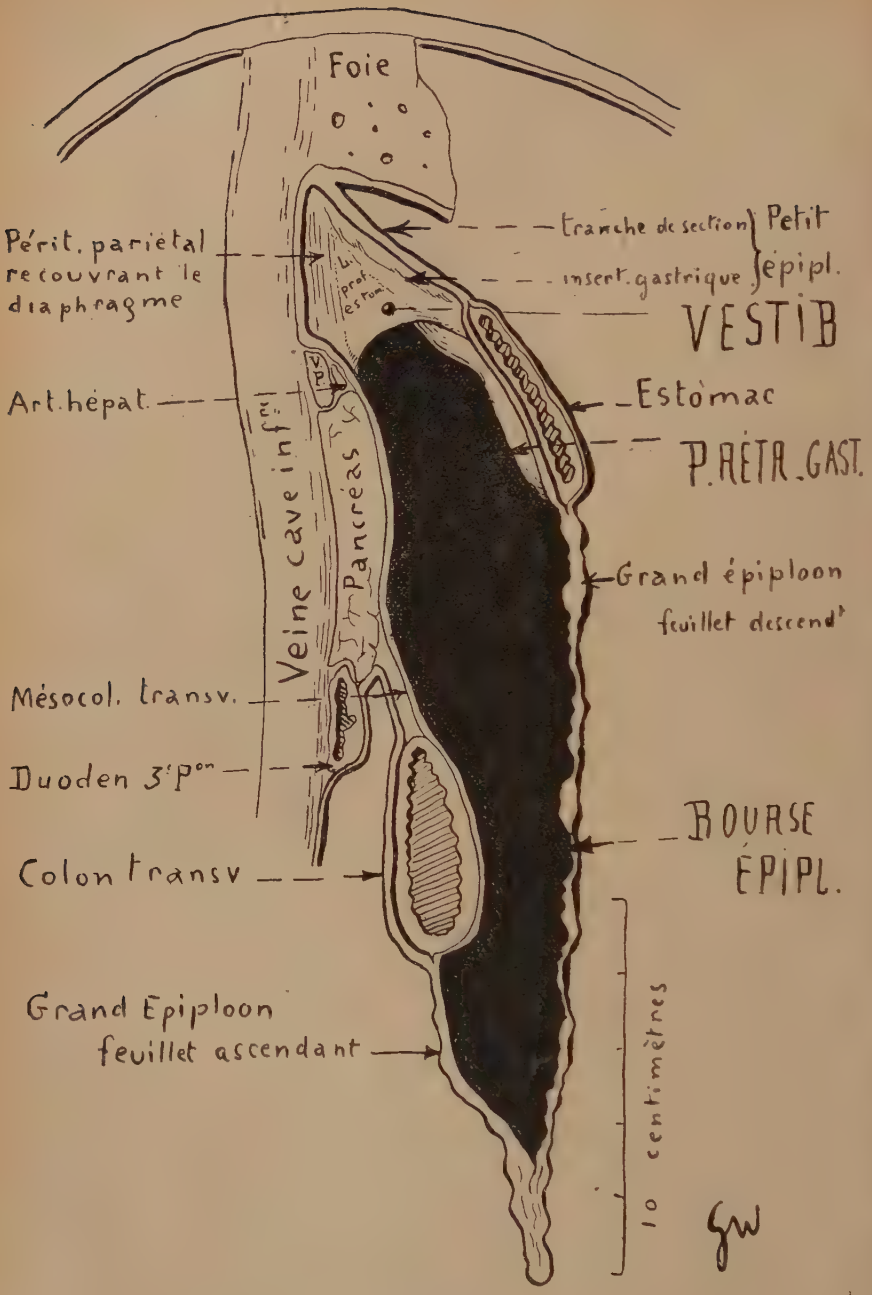

Foie
Tranche de section
Petit épipl.
insert. gastrique
Périt. pariétal recouvrant le diaphragme
VESTIB
Art. hépat.
Estomac
P. RÉTR. GAST.
Veine cave inf.re
Pancréas
Grand épiploon feuillet descend.
Mésocol. transv.
Duoden 3e P.on
BOURSE ÉPIPL.
Colon transv
Grand Epiploon feuillet ascendant
10 centimètres
gw

Fig. 31.

FIGURE 31. — VUE D'UNE COUPE LONGITUDINALE DE L'ARRIÈRE-CAVITÉ, COUPE PASSANT LÉGÈREMENT A DROITE DE LA LIGNE MÉDIANE.

Le couteau qui a fendu toute l'arrière-cavité, s'est arrêté en arrière sur la veine cave inférieure qu'il a respectée.

L'ARRIÈRE-CAVITÉ est encore visible dans ses trois portions.

Vestibule.

Il n'en reste plus qu'un petit cul-de-sac, sorte de dôme décrit plus haut (p. 33 et 36) que limitent en s'unissant trois des parois du vestibule :

Sa paroi antérieure formée par le petit épiploon.

Sa paroi postérieure formée par le péritoine pariétal revêtant la portion droite du diaphragme;

Sa paroi gauche formée par le ligament profond de l'estomac.

Immédiatement au-dessus de ce dôme, le foie s'unit solidement à la paroi par le ligament coronaire.

Poche rétro-stomacale.

Seule est visible ici sa partie inférieure qui se développe entre le feuillet péritonéal revêtant la face postérieure de l'estomac, en avant et le péritoine pariétal tapissant la tête du pancréas, en arrière.

La partie culminante de la poche rétro-stomacale est invisible; elle s'enfonce à gauche du ligament profond entre la paroi abdominale postérieure et le haut du corps de l'estomac.

Bourse épiploïque.

Apparaît telle que sur la figure précédente.

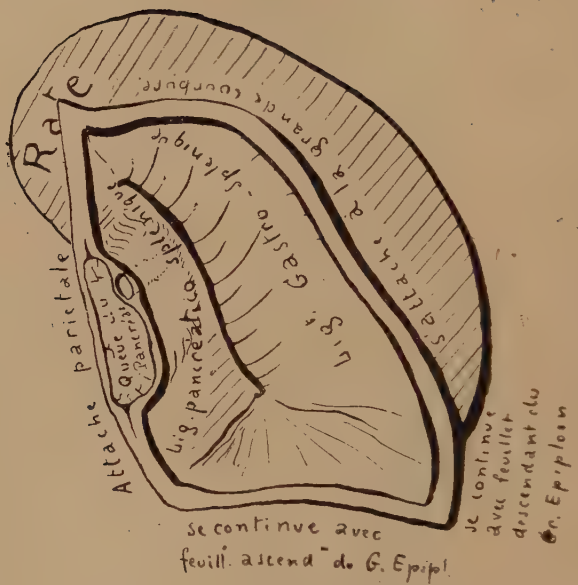

Rate
Grande courbure
Ligament gastro-splénique
Queue du Pancréas
Lig. pancréatico-splénique
Attache pariétale
se continue avec feuill. ascend. d. G. Epipl.
se continue avec feuillet descendant du gr. Epiploon

Fig. 32.

FIGURE 32. — VUE DE L'EXTRÉMITÉ GAUCHE DE LA POCHE RÉTRO-STOMACALE.

La poche rétro-stomacale se termine à gauche contre le hile de la rate en formant une sorte de cul-de-sac. Ce cul-de-sac est dû à la convergence des *ligaments gastro-splénique* et *pancréatico-splénique*.

En bas, ces deux ligaments se continuent insensiblement avec les deux parois de la bourse épiploïque.

En haut ils convergent pour se fixer ensemble au diaphragme, formant le *ligament gastro-phrénique* (comparez avec la figure 34).

Péricarde
Poumon
Diaphr.
Péritoine pariétal
Lig triang gauche
Face supr. du Foie
Face infre du lobe gauche du foie
Estomac
Rate
Lig. Falcif.
lig rond
Grand épiploon
Colon transv. vu par transparence
Bord libre du d. Epiploon
N. phrénique
10 centimètres

Fig. 33.

III. — L'arrière-cavité des épiploons abordée de la gauche vers la droite.

FIGURE 33. — CONTENU DE L'ABDOMEN APRÈS ABLATION DE SA PAROI LATÉRALE GAUCHE.

Le sujet étant en décubitus dorsal, la paroi latérale gauche du thorax et de l'abdomen a été enlevée.

Rien de l'**ARRIÈRE-CAVITÉ** n'est visible.

Remarquer que le bord latéral gauche du grand épiploon se continue directement avec *le ligament phrénico-colique.*

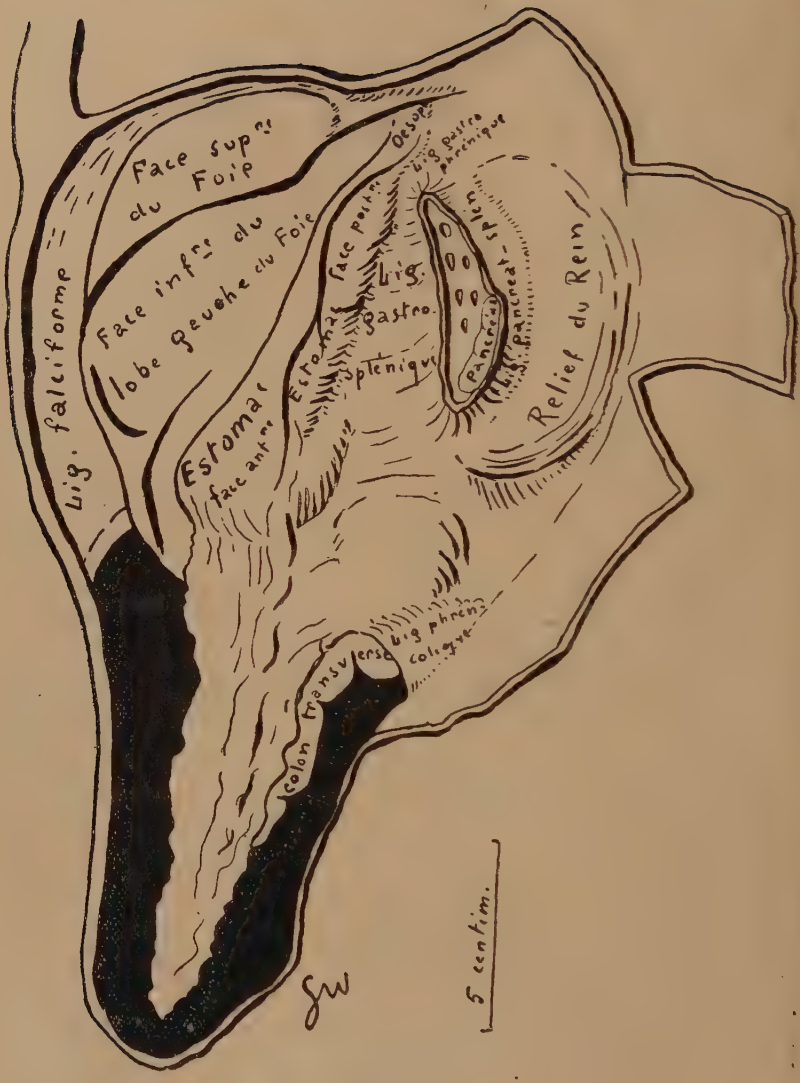

Lig. falciforme
Face sup^e du Foie
Face infe du lobe gauche du Foie
Estomac face ant^e
Estomac face post^e
Oesoph.
Lig. gastro-splénique
Lig. gastro-pancréat-splénique
Pancréas
Lig. gastro-splénique
Relief du Rein
Lig. phréno-colique
Colon transverse
5 centim.

Fig. 34.

FIGURE 34. — VUE DES VISCÈRES ABDOMINAUX, APRÈS QUE LA RATE A ÉTÉ ENLEVÉE ET LA GRANDE COURBURE DE L'ESTOMAC ATTIRÉE EN AVANT.

Après section de son pédicule, la rate a été enlevée, la grande courbure de l'estomac a été repoussée en avant.

On aperçoit dans toute son étendue et par sa face externe, la paroi gauche de l'**ARRIÈRE-CAVITÉ**.

Poche rétro-stomacale

Sa paroi gauche est formée par la convergence, vers le hile de la rate, du *ligament pancréatico-splénique* en arrière, du *ligament gastro-splénique* en avant. Au-dessus du hile, ces ligaments s'unissent et forment le *ligament gastro-phrénique*; au-dessous du hile, ils se continuent avec le grand épiploon.

Bourse épiploïque.

Sa limite gauche est formée par la ligne d'accolement des bords gauches du feuillet ascendant et du feuillet descendant du grand épiploon.

Le bord libre du grand épiploon envoie vers les insertions costales du diaphragme une expansion : *le ligament phrénico-colique.*

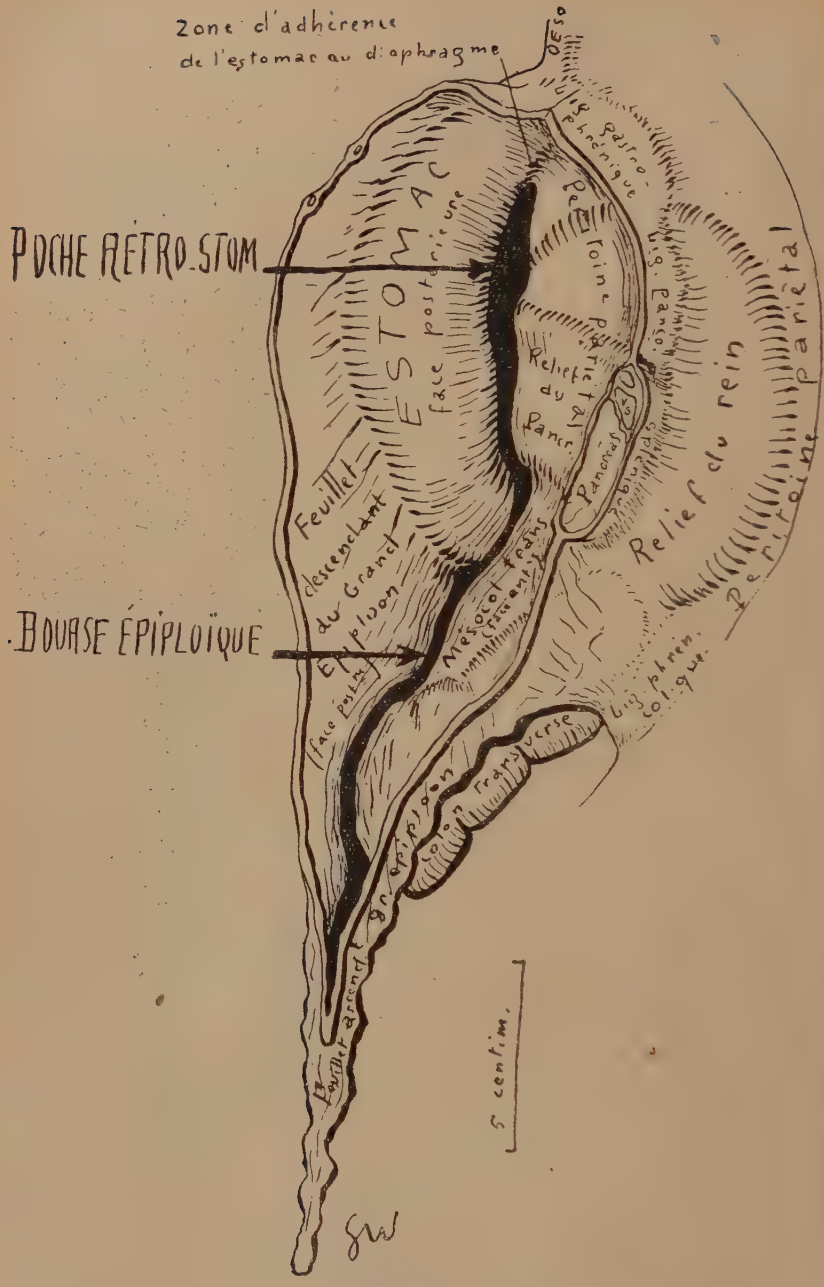

Zone d'adhérence
de l'estomac au diaphragme
POCHE RÉTRO-STOM
BOURSE ÉPIPLOÏQUE
ESTOMAC
face postérieure
face antérieure
Feuillet descendant du Grand Epiploon
Feuillet ascendant du Grand Epiploon
Mésocolon transverse
Relief du Pancréas
Relief du rein
Péritoine pariétal
Lig. phrénico-gastrique
Lig. Pancréatico-splénique
Lig. phrénico-colique
5 centim.

Fig. 35.

FIGURE 35. — VUE DE L'ARRIÈRE-CAVITÉ APRÈS EXCISION D'UNE PARTIE DE SA PAROI LATÉRALE GAUCHE.

L'arrière-cavité a été largement ouverte par son flanc gauche où les lames péritonéales ont été excisées, en regard de la rate, puis au-dessus et au-dessous d'elle. La grande courbure de l'estomac a été attirée en avant et à gauche.

L'**ARRIÈRE-CAVITÉ** bâille largement, montrant la lumière de la poche rétro-stomacale et celle de la bourse épiploïque.

Poche rétro-stomacale.

SA PAROI GAUCHE a été complètement excisée ; on en voit encore : *en arrière*, le ligament pancréatico-splénique sectionné verticalement et montrant sur sa tranche de section le pancréas et les vaisseaux spléniques, [la veine splénique (V. S.) au-dessous de l'artère] ; *en avant*, le ligament gastro-splénique qui a été éversé en même temps que l'estomac ; *en haut* le ligament gastro-phrénique.

SA PAROI ANTÉRIEURE est formée par le péritoine revêtant la face postérieure de l'estomac ;

SA PAROI POSTÉRIEURE, par le péritoine pariétal revêtant, de bas en haut, pancréas, pôle supérieur du rein gauche, surrénale gauche, pilier gauche du diaphragme ;

SA PAROI SUPÉRIEURE est formée par l'accolement de l'estomac à la paroi abdominale postérieure, accolement qui interdit à la poche rétro-stomacale d'atteindre le point culminant de la face postérieure de l'estomac.

Bourse épiploïque.

Elle bâille également ; on en voit :

La paroi antérieure : feuillet descendant du grand épiploon ;

La paroi postérieure : feuillet ascendant du grand épiploon ; doublé du côlon et du méso-côlon transverse ;

Le bord inférieur : formé par l'accolement des deux feuillets du grand épiploon.

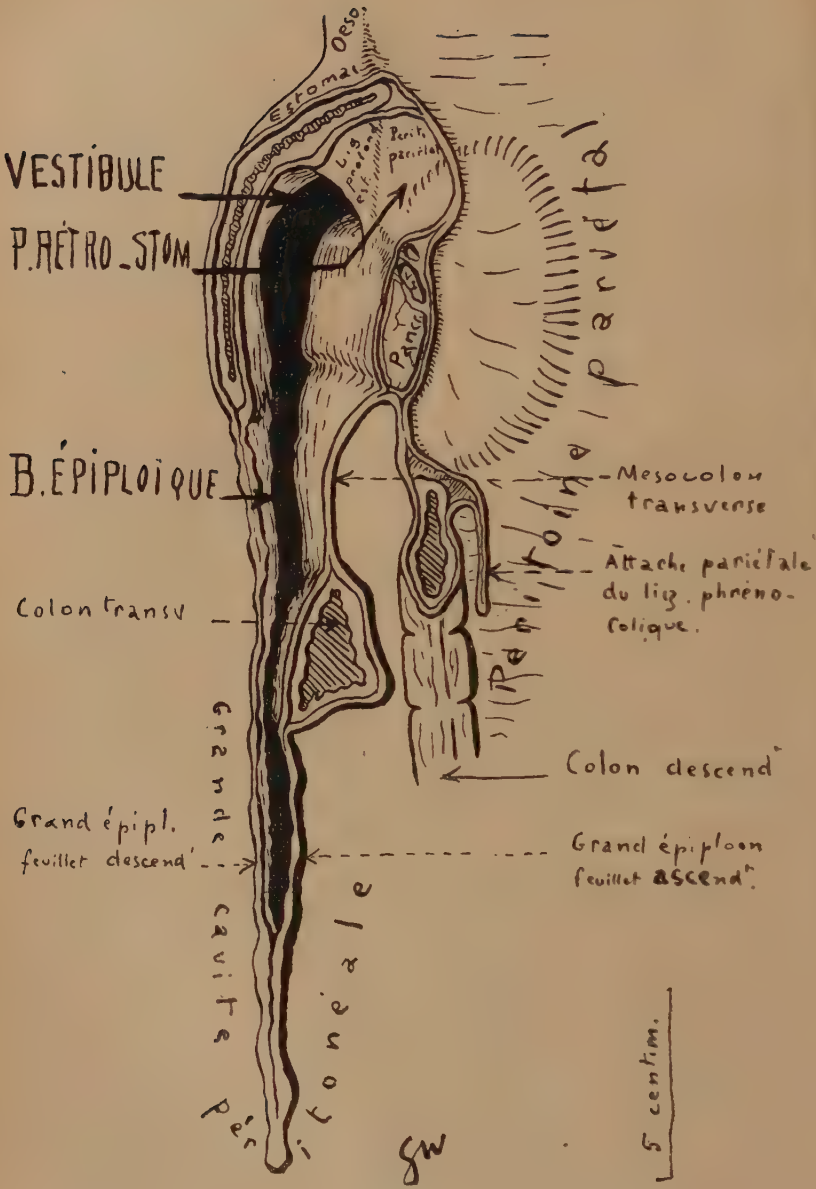

VESTIBULE
P. RÉTRO_STOM
B. ÉPIPLOÏQUE
Colon transv
Grand épipl.
feuillet descend
Oeso.
Estomac
Lig. phréno-colique
Petite paroi
Rate
Pancréas
Paroi abdominale postérieure
Mesocolon transverse
Attache pariétale du lig. phréno-colique.
Colon descend
Grand épiploon
feuillet ascend.
Grande cavité Péritonéale
5 centim.
gw

Fig. 36.

FIGURE 36. — VUE D'UNE COUPE PARA-MÉDIANE GAUCHE DE L'ARRIÈRE-CAVITÉ.

Le couteau s'est ici encore arrêté sur la paroi abdominale postérieure, n'entamant que le feuillet péritonéal. La coupe passe dans la racine du ligament pancréatico-splénique.

Les trois portions de l'**ARRIÈRE-CAVITÉ** apparaissent.

Poche rétro-stomacale.

C'est sa partie droite qui est visible.

Sa paroi antérieure est formée par le péritoine tapissant la face postérieure de l'estomac ;

Sa paroi postérieure par le péritoine pariétal revêtant pancréas, rein gauche, pilier gauche du diaphragme ;

Sa paroi supérieure est formée par l'adossement de l'estomac à la paroi.

En bas, elle s'ouvre librement dans la bourse épiploïque ;

A droite, elle s'ouvre dans le vestibule, mais elle possède en haut un vestige de paroi droite, qui est constitué par la face gauche du ligament profond de l'estomac.

Bourse épiploïque.

Se présente sous le même aspect que sur la figure précédente.

Vestibule.

La lumière du vestibule apparaît ici partiellement ; elle s'enfonce à droite du ligament profond, entre la paroi abdominale postérieure en arrière, et la face postérieure du petit épiploon (invisible ici) en avant.

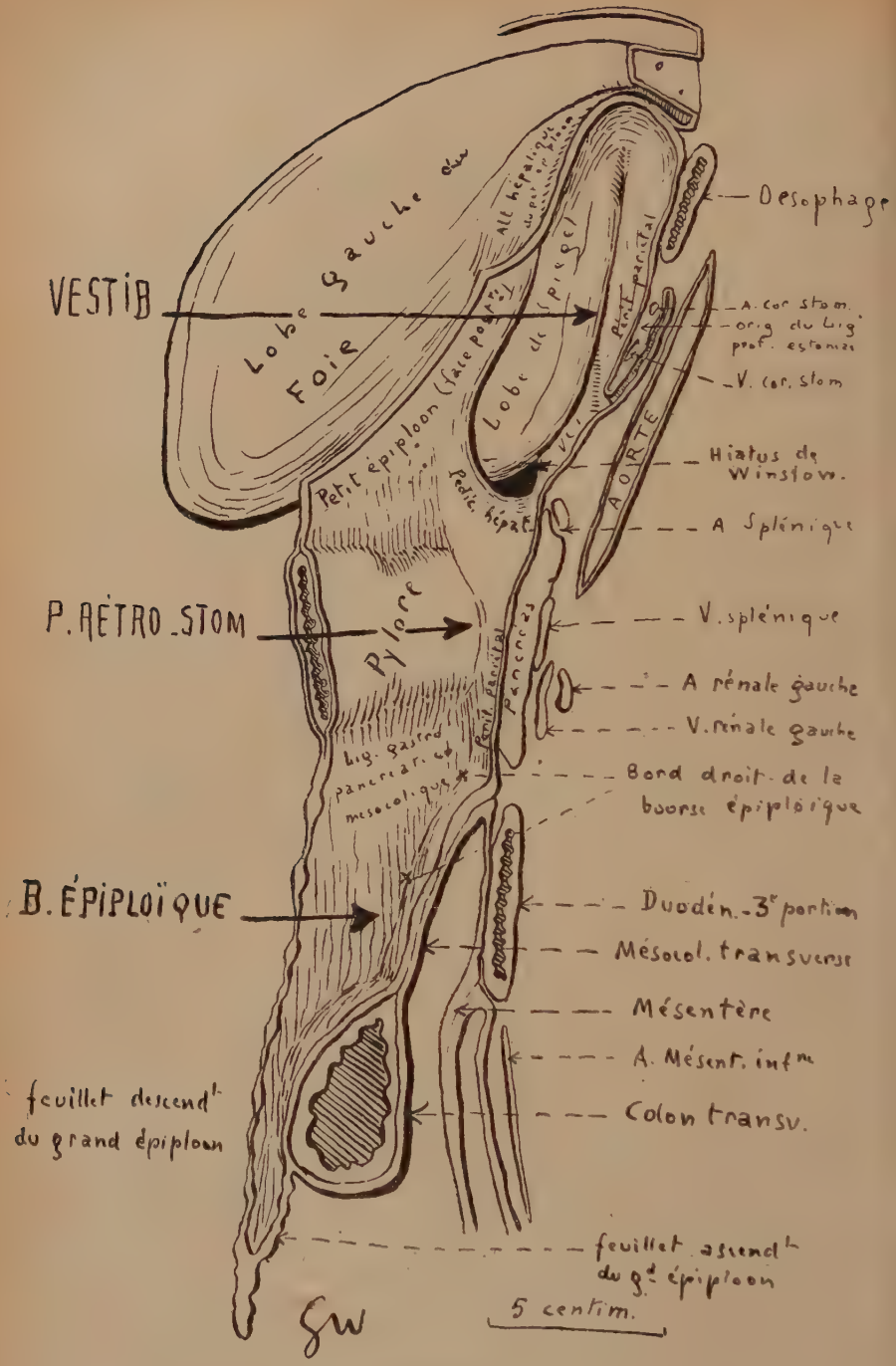

VESTIB
P. RÉTRO_STOM
B. ÉPIPLOÏQUE
Lobe gauche du Foie
Lobe de Spiegel
Petit épiploon (face postérieure)
Petite hépatique
Pylore
Petit pancréas
Lig. gastro pancréat. et mésocol. gauche
feuillet descendt du grand épiploon
Œsophage
A. cor. stom.
orig. du Lig. prof. estomac
V. cor. stom.
Hiatus de Winslow.
A. Splénique
V. splénique
A. rénale gauche
V. rénale gauche
Bord droit de la bourse épiploïque
Duodén. 3e portion
Mésocol. transverse
Mésentère
A. Mésent. infre
Colon transv.
feuillet ascendt du gd épiploon
5 centim.

Fig. 37.

FIGURE 37. — VUE D'UNE COUPE LONGITUDINALE DE L'ARRIÈRE-CAVITÉ, COUPE PASSANT A PEU PRÈS PAR LA LIGNE MÉDIANE.

Toute la paroi antérieure de l'arrière-cavité a été attirée en avant, afin que l'on en découvre bien le bord droit.

L'ARRIÈRE-CAVITÉ est visible au niveau de ses trois portions.

Bourse épiploïque.

SES PAROIS ANTÉRIEURE et POSTÉRIEURE se montrent en coupe comme sur les figures précédentes.

SON BORD DROIT apparaît dans toute sa hauteur, formé d'abord *en bas* par la ligne d'accolement des deux feuillets du grand épiploon, puis *en haut* élargi en une sorte de lame que nous avons individualisée sous le nom de **ligament gastro-pancréatico-mésocolique**, lame appartenant en réalité au feuillet descendant du grand épiploon. Cette lame a les attaches suivantes :

En haut : elle s'attache au bord inférieur de la région pylorique de l'estomac, et de la partie initiale de la première partie du duodenum ;

En arrière : à la face antérieure du pancréas à une distance variable (en général faible) de la deuxième portion du duodenum et à gauche de celle-ci (1). Cette insertion est longée par l'artère gastro-duodénale ;

En bas : à la face antérieure du méso-côlon transverse que double en avant le feuillet ascendant du grand épiploon.

En avant : elle se perd dans le feuillet descendant du grand épiploon, dont, en réalité, elle fait partie.

(1) Parfois elle s'insère sur le duodenum (deuxième portion), parfois à cheval sur le pancréas et le duodenum, voir page 38.

Poche rétro-stomacale.

On en voit l'extrême limite droite :

Sa paroi antérieure est formée par le péritoine revêtant la face postérieure de la région pylorique et de la partie initiale de la première portion du duodenum.

Sa paroi postérieure, par le péritoine pariétal revêtant la face antérieure du pancréas.

Son bord droit, par le duodenum, qui jusqu'alors libre et flottant s'accole à la paroi. Le péritoine qui revêtait la face postérieure du duodenum, ne peut plus continuer à s'insinuer derrière elle ; il se réfléchit sur lui-même, en arrière et à gauche et se continue avec le péritoine pariétal.

Un peu plus haut celui-ci, entraîné par le coronaire stomachique, se soulève pour former le *ligament profond de l'estomac*. Ce ligament, disposé dans un plan oblique en avant et à gauche, a été intéressé par la coupe tout près de son attache pariétale.

Vestibule.

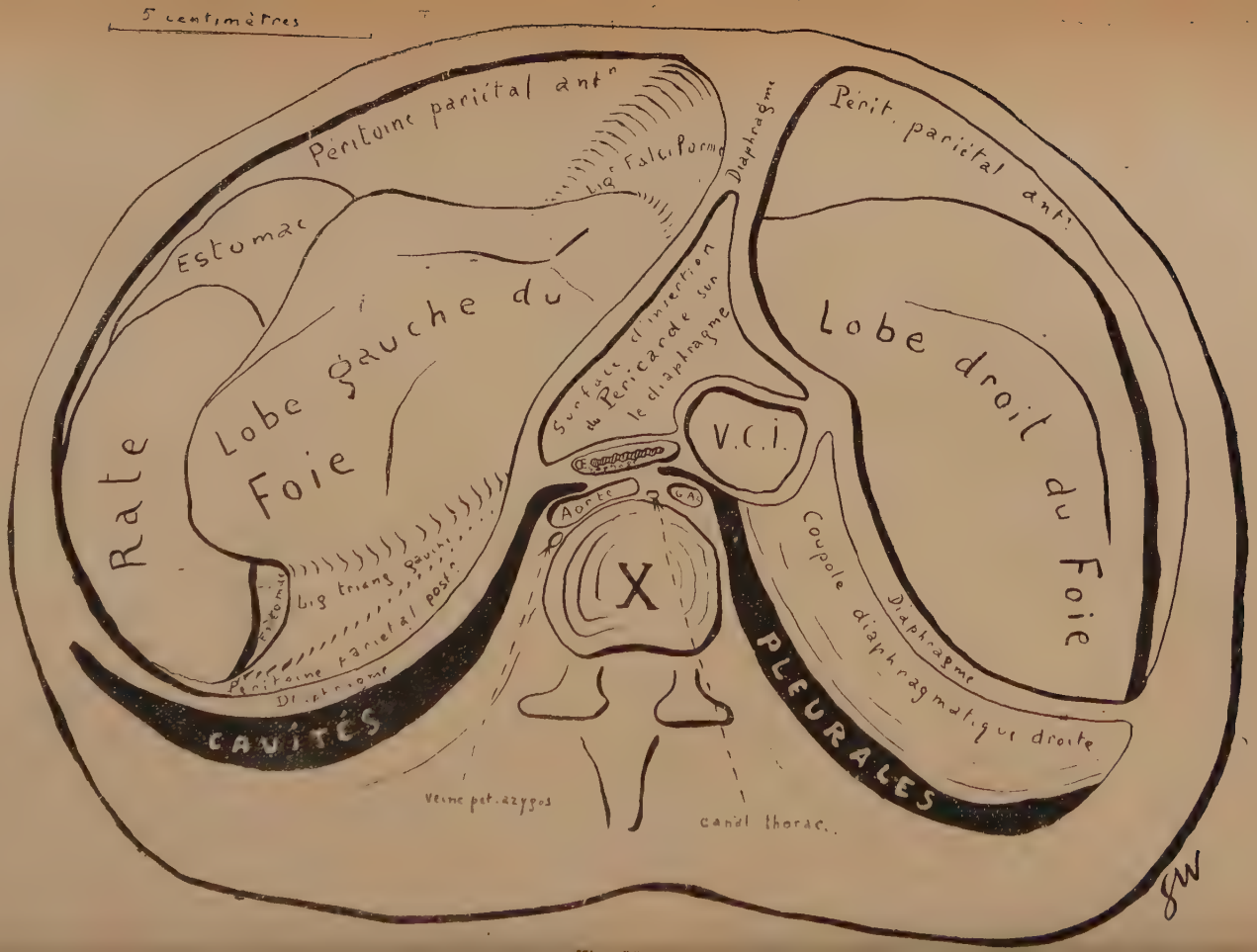
Sa paroi antérieure : le petit épiploon ;

Sa paroi supérieure : la face inférieure du foie d'où se détache le lobe de Spiegel ;

Sa paroi postérieure : le péritoine pariétal tapissant le pilier droit du diaphragme, puis la veine cave inférieure ;

Sa paroi inférieure : très étroite, est formée par le péritoine passant de la paroi sur la première partie du duodenum (segment juxta-pariétal) et de là se continuant avec le feuillet postérieur du petit épiploon. Le péritoine, au niveau du plancher du vestibule, est soulevé par le *pli de l'artère hépatique* (Pédic. hépat.).

FIGURE 38. — CONTENU DE L'ABDOMEN VU PAR DEUX LARGES FENÊTRES OUVERTES DANS LE DIAPHRAGME.


5 centimètres
Péritoine pariétal antᵉ
Estomac
Rate
Lobe gauche du Foie
Lig. Falciforme
Diaphragme
Surface d'insertion du Péricarde sur le diaphragme
V.C.I.
Aorte
V.A.
X
Péritoine pariétal postᵉ
Diaphragme
CAVITÉS
Veine pet. azygos
canal thorac.
Périt. pariétal antᵉ
Lobe droit du Foie
Coupole diaphragmatique droite
PLEURALES
gw

IV. — L'arrière-cavité des épiploons abordée de haut en bas.

FIGURE 38. — CONTENU DE L'ABDOMEN VU PAR DEUX LARGES FENÊTRES OUVERTES DANS LE DIAPHRAGME.

Il a été pratiqué une coupe transversale du tronc passant par le disque intermédiaire aux IX^e^ et X^e^ vertèbres dorsales. Les deux coupoles diaphragmatiques ont été réséquées, à l'exception de leur partie postérieure. Le centre phrénique a été conservé.

Rien de **L'ARRIÈRE-CAVITÉ** n'est encore visible.

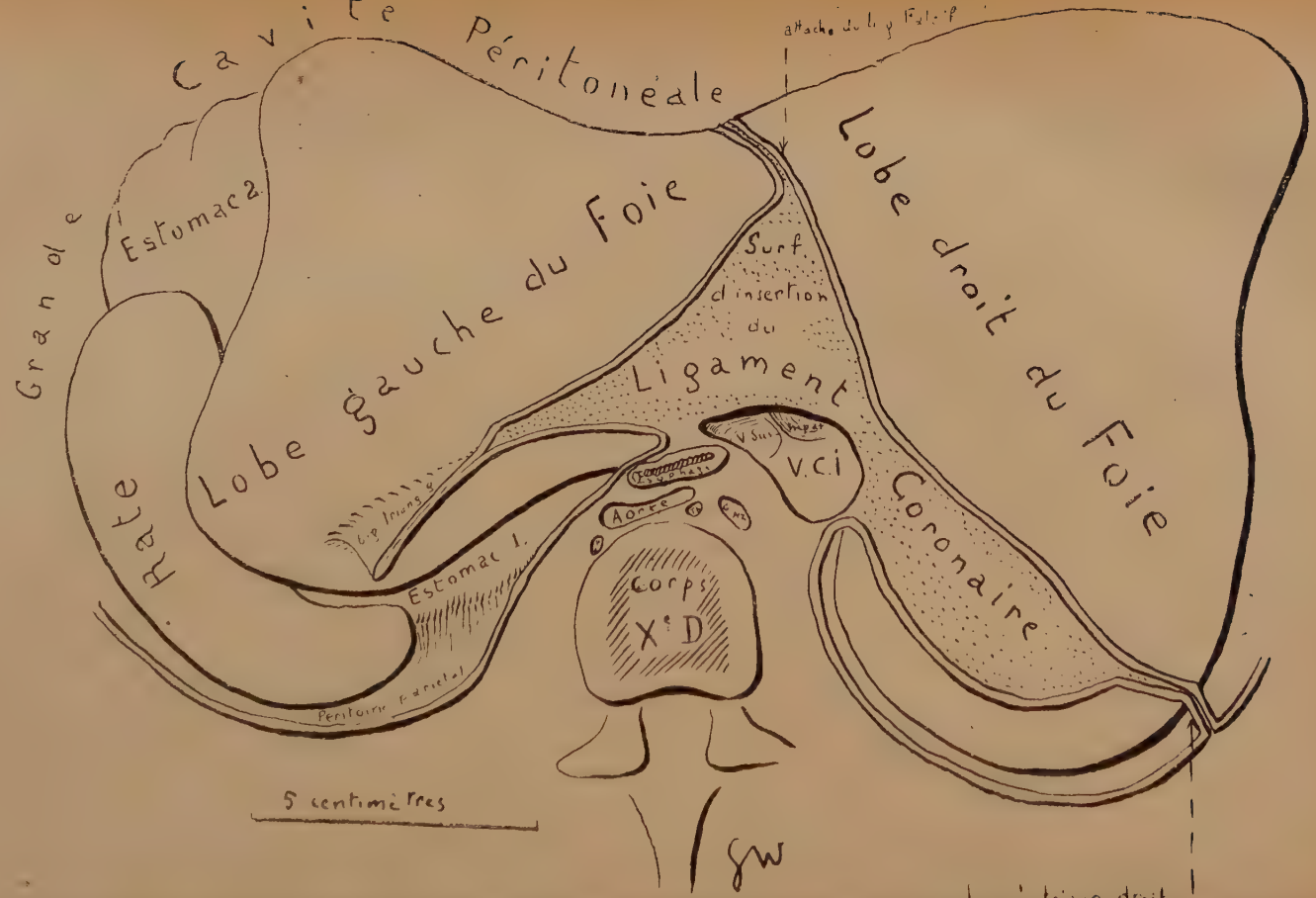

Cavité Péritonéale
Grande
Estomac 2
Rate
Lobe Gauche du Foie
Surf. d'insertion du Ligament
Lig. triang.
Estomac 1.
Aorte
V.C.I
Lobe droit du Foie
Coronaire
Corps X' D
Péritoine pariétal
5 centimètres
gw
Ligam' triang. droit

FIGURE 39. — CONTENU DE L'ABDOMEN APRÈS ABLATION DE SA PAROI SUPÉRIEURE.

Tout le diaphragme a été enlevé ; le ligament triangulaire gauche sectionné au ras de son insertion diaphragmatique.

Rien de **L'ARRIÈRE-CAVITÉ** n'apparaît.

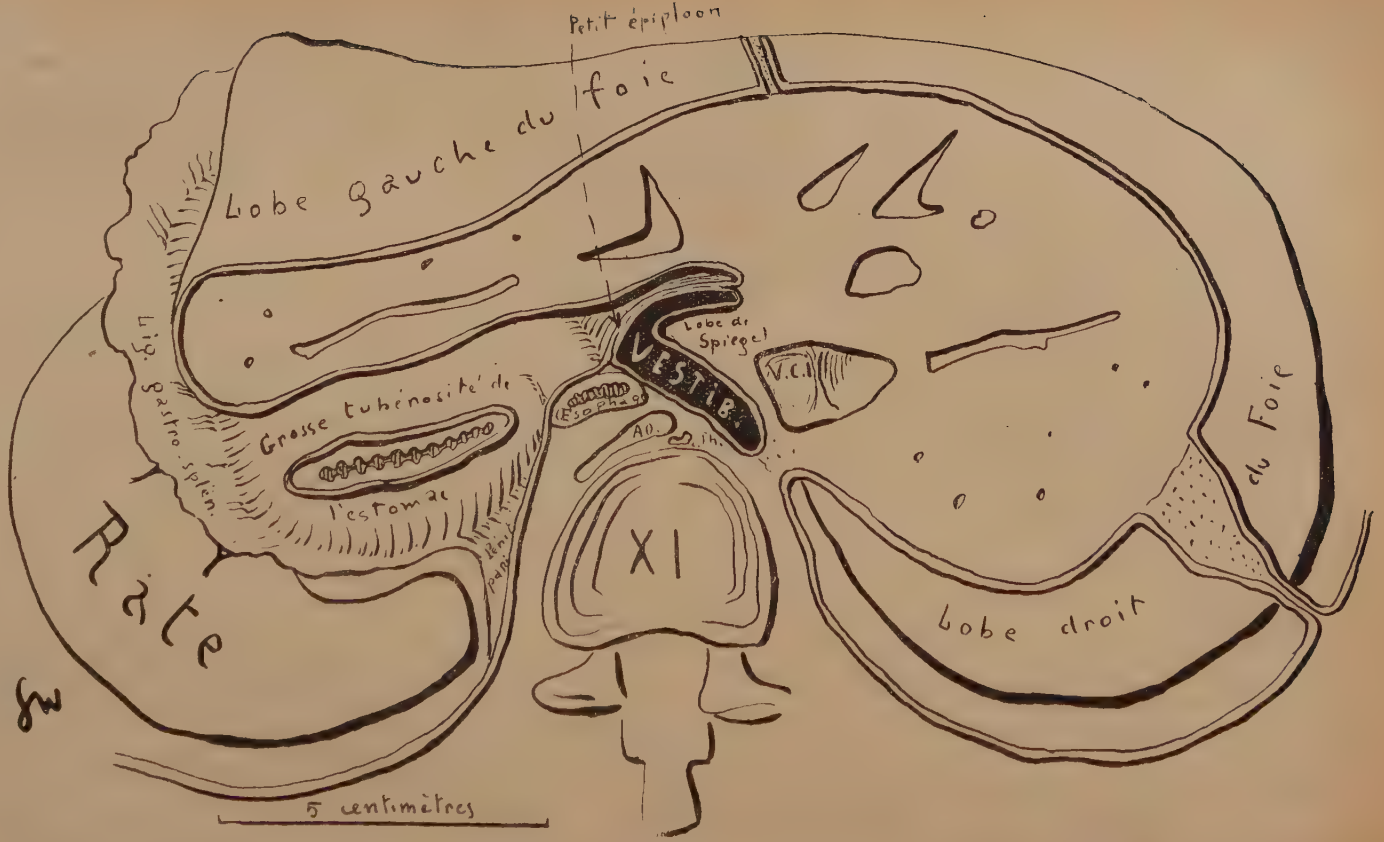

Petit épiploon
Lobe gauche du foie
Lig. gastro-splén.
Grosse tubérosité de l'estomac
Rate
Lobe de Spiegel
VESTIB.
V.C.I.
Ao.
XI
du Foie
lobe droit
5 centimètres

Fig. 40.

FIGURE 40. — VUE DE L'ARRIÈRE-CAVITÉ SUR UNE COUPE TRANSVERSALE DU TRONC PASSANT ENTRE LES DIXIÈME ET ONZIÈME VERTÈBRES DORSALES.

Il n'apparaît de **L'ARRIÈRE-CAVITÉ** que sa partie culminante, représentée par le sommet du vestibule.

Vestibule.

Sa lumière est considérablement rétrécie par la saillie qu'y fait le lobe de Spiegel; mais elle paraît ici élargie par ce fait que le petit épiploon a été attiré en avant.

Sa paroi antérieure est formée par le petit épiploon qui va du sillon longitudinal supérieur gauche du foie, à droite, au bord antéro-latéral droit de l'œsophage à gauche. Le petit épiploon s'arrondit en une sorte de dôme, de coupole en regard de la partie haute du lobe de Spiegel;

Sa paroi postérieure est formée par le péritoine pariétal derrière lequel chemine le bord droit de l'aorte cachant l'origine du canal thoracique;

Sa paroi supérieure qui est oblique en bas et à droite, a été intéressée par la coupe et apparaît à la droite du vestibule. C'est la saillie incurvée du lobe de Spiegel;

La paroi gauche du vestibule est réduite ici à un simple bord, au niveau duquel saille le bord droit de l'œsophage;

La limite droite du vestibule est marquée par la zone d'accolement du foie à la paroi abdominale postérieure, en regard de la veine cave inférieure.

Poche rétro-stomacale.

Elle n'apparaît pas encore. La partie culminante de l'estomac a été décapitée par la coupe. La paroi postérieure de cet organe est encore accolée à la paroi; *ce n'est que plus bas*, que la poche rétro-stomacale pourra venir s'insinuer entre l'estomac et la paroi.

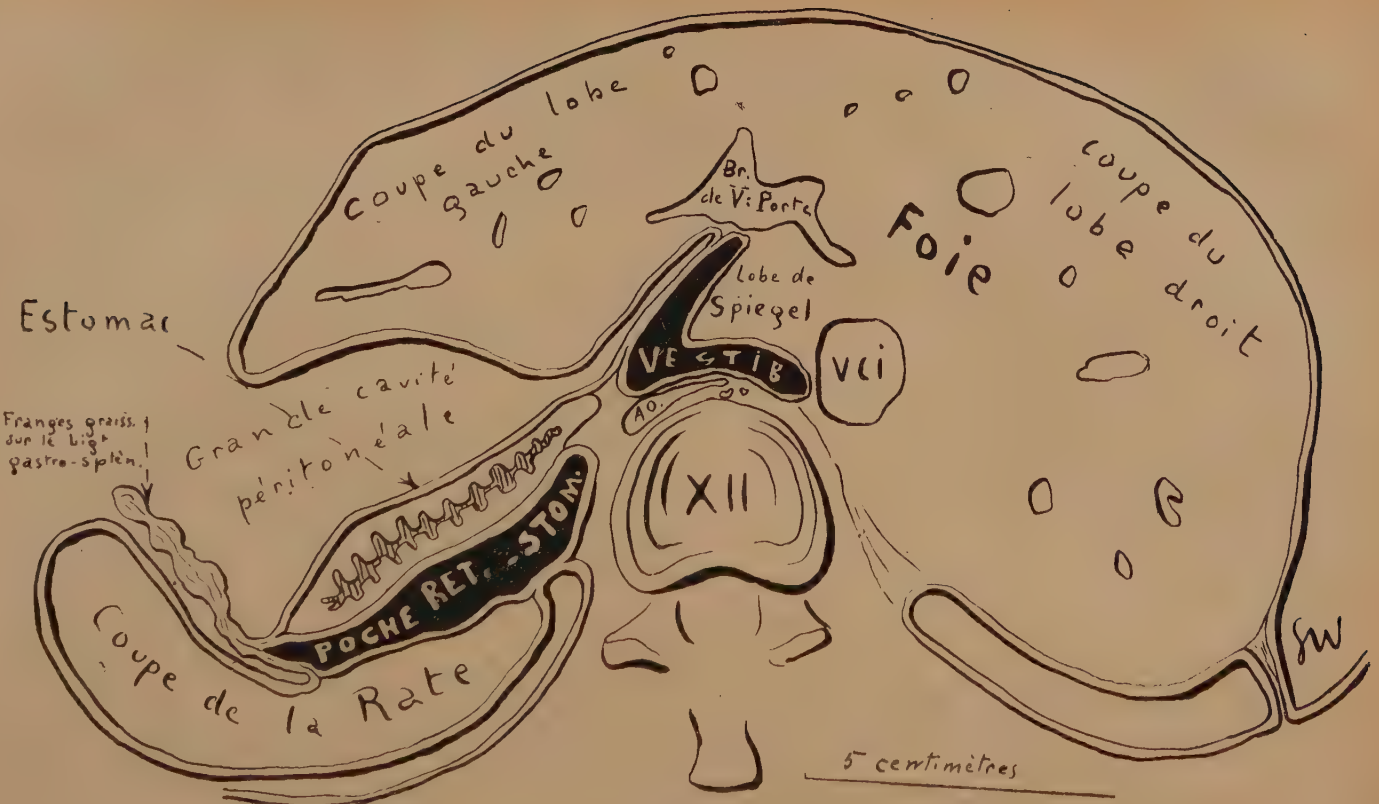

Coupe du lobe gauche
Br. de V. Porte
Foie
coupe du lobe droit
Estomac
Lobe de Spiegel
VE CT I B
VCI
Franges graiss. sur le lig. gastro-splén.
Grande cavité péritonéale
AO.
XII
POCHE RET. - STOM.
Coupe de la Rate
SW
5 centimètres

Fig. 41.

FIGURE 41. — VUE DE L'ARRIÈRE-CAVITÉ SUR UNE COUPE TRANSVERSALE DU TRONC PASSANT ENTRE LES ONZIÈME ET DOUZIÈME VERTÈBRES DORSALES.

Par suite de ce fait que les coupes n'ont pas été faites sur un sujet durci, il s'est produit un mouvement de bascule du foie, qui entraîné par son lobe droit, plus lourd, s'est incliné et s'inclinera de plus en plus vers la droite. De même la rate a basculé de plus en plus en arrière. Petit épiploon et estomac ont été attirés modérément en avant.

L'ARRIÈRE-CAVITÉ est visible : on en voit le vestibule et la partie haute de la poche rétro-stomacale.

Vestibule.

Le vestibule se présente à peu près sous le même aspect que sur la figure précédente.

Poche rétro-stomacale.

Sa paroi antérieure est formée par le péritoine rétro-stomacal;

Sa paroi postérieure, par le péritoine pariétal;

Sa paroi gauche est formée successivement d'avant en arrière par :

Le ligament gastro-splénique (riche en franges qui indiquent déjà sa continuité avec le bord du grand épiploon),

Le hile de la rate,

Le ligament pancréatico-splénique,

A droite, la poche rétro-stomacale est séparée du vestibule par une épaisse cloison fibreuse, tapissée de péritoine sur ses deux faces et qui n'est autre que la partie haute du ligament profond de l'estomac.

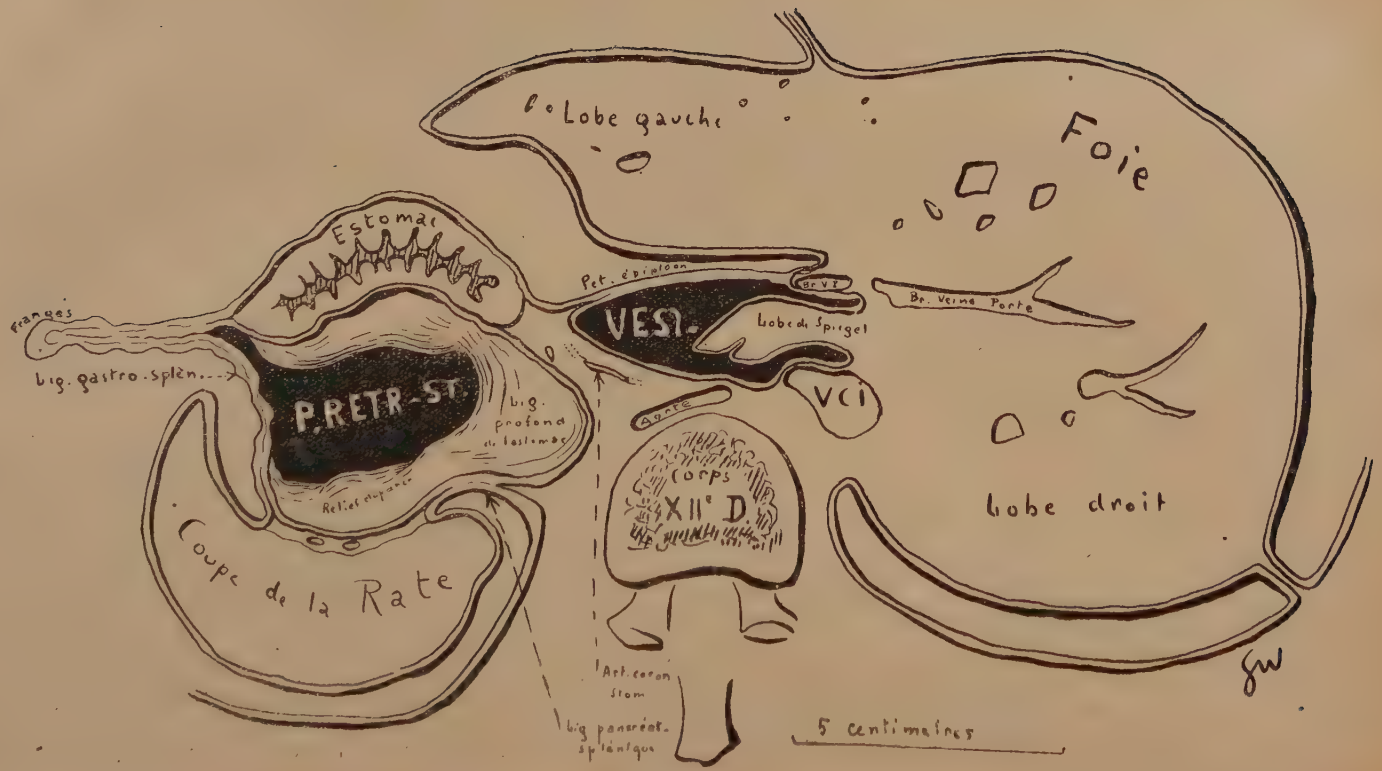

Lobe gauche
Foie
Estomac
Pet. épiploon
Br. V I
Br. Veine Porte
franges
VESI-
Lobe de Spiegel
lig. gastro-splén.
P.RETR-ST.
lig. profond de l'estomac
Aorte
VCI
Relief duodénal
Corps
XII° D
Coupe de la Rate
lobe droit
Art. coron stom
lig pancréat. splénique
5 centimètres

Fig. 42.

FIGURE 42. — VUE DE L'ARRIÈRE-CAVITÉ SUR UNE COUPE TRANSVERSALE DU TRONC PASSANT PAR LE CORPS DE LA DOUZIÈME DORSALE.

Vestibule.

Sa paroi postérieure est formée par le péritoine pariétal tapissant l'aorte (bord droit), le pilier droit du diaphragme et la veine cave inférieure;

Sa paroi antérieure, par le petit épiploon;

Sa paroi supérieure (oblique en bas et à droite, elle est encore intéressée par la coupe), par le lobe de Spiegel;

Sa paroi gauche, par le flanc gauche du ligament profond de l'estomac.

Poche rétro-stomacale.

A droite, la poche rétro-stomacale est limitée par le ligament profond de l'estomac; ce ligament est disposé dans un plan oblique à gauche et en bas, de telle sorte que sa face gauche apparaît à la fois en coupe et en perspective, sa face droite seulement en coupe; dans son épaisseur, l'arc de l'artère coronaire stomachique et la veine coronaire stomachique.

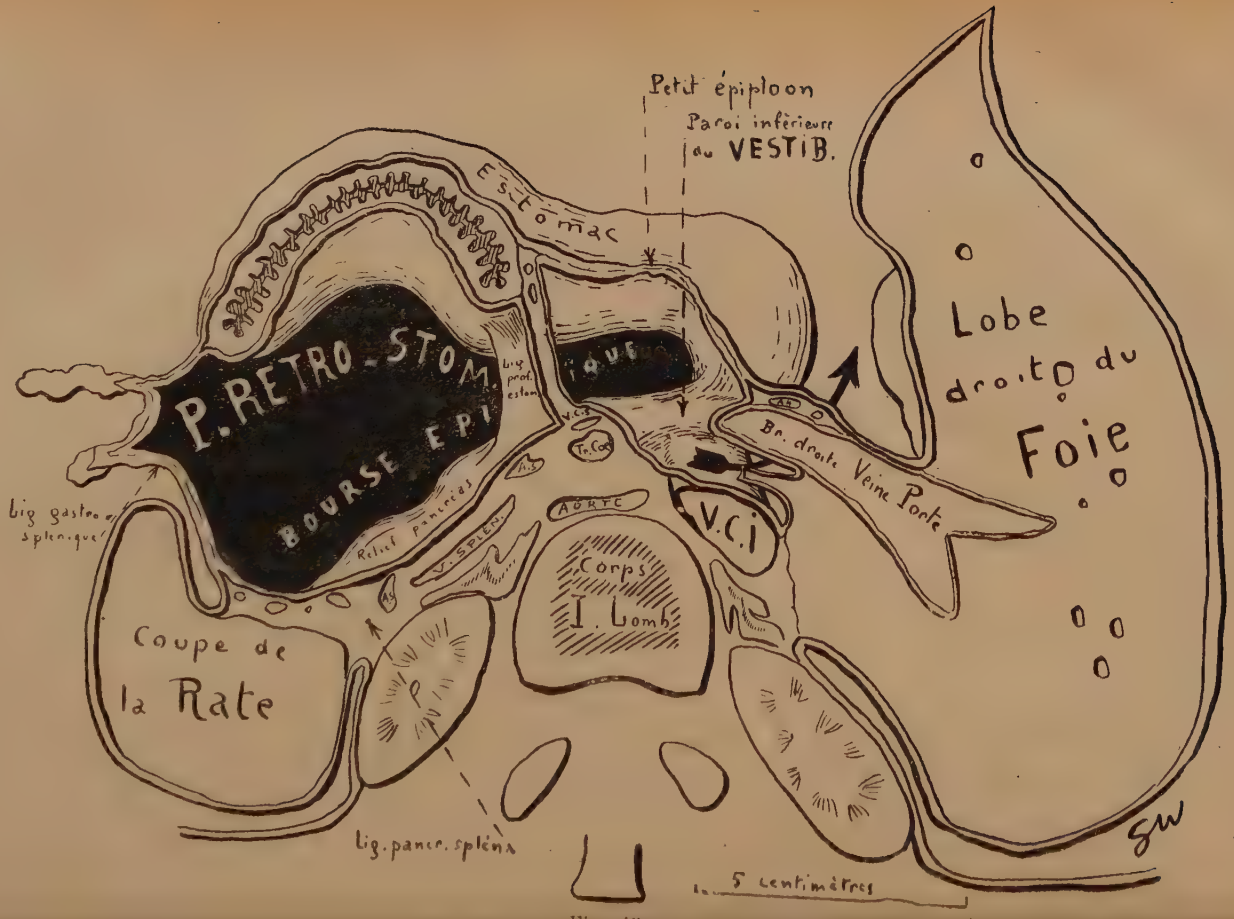

Petit épiploon
Paroi inférieure
au VESTIB.
Estomac
P. RETRO-STOM.
BOURSE EPI
Lig. prof. estom.
Lig. gastro-splénique
Relief Pancréat.
V. SPLEN.
AORTE
V.C.I
Corps
I. Lomb.
Coupe de
la Rate
Lig. panc. splén.
Lobe
droit du
Foie
Br. droite Veine Porte
5 centimètres
Fig. 42

FIGURE 45. — VUE DE L'ARRIÈRE-CAVITÉ SUR UNE COUPE PASSANT PAR LA PARTIE SUPÉRIEURE DU CORPS DE LA PREMIÈRE VERTÈBRE LOMBAIRE.

La rate et le foie ont de plus en plus basculé en arrière, entraînés par la pesanteur. L'estomac a été fortement attiré en avant. La flèche noire passe par l'Hiatus de Winslow.

Les trois portions de **L'ARRIÈRE-CAVITÉ** apparaissent simultanément. Vestibule et poche rétro-stomacale sont intéressés par le plan de section; la bourse épiploïque, plus basse, n'apparaît qu'en perspective, dans le lointain.

Vestibule.

SA PAROI ANTÉRIEURE est formée par le petit épiploon, tout proche ici de son attache gastrique;

SA PAROI GAUCHE, par le ligament profond de l'estomac. Sous lui, le vestibule s'ouvre librement dans la poche rétro-stomacale;

SA PAROI POSTÉRIEURE, par le péritoine pariétal;

SA PAROI INFÉRIEURE, bien visible, est formée par le péritoine, passant de la paroi lombaire sur la première portion du duodenum; ce péritoine est soulevé en un repli qui masque l'artère hépatique;

LA PAROI SUPÉRIEURE (oblique en bas et à droite) a encore été intéressée par la coupe qui montre la section du prolongement caudé du lobe de Spiegel (entre VCI et Veine Porte);

A DROITE, on voit le vestibule s'ouvrir dans la grande cavité péritonéale par l'hiatus de Winslow, vu de haut, mais encore intact, avec ses quatre parois :

En haut : prolongement caudé du lobe de Spiegel.

En bas : péritoine passant de la paroi sur la première portion du duodenum.

En avant : pédicule hépatique dans le bord droit du petit épiploon.

En arrière : péritoine pariétal tapissant la veine cave inférieure.

Poche rétro-stomacale.

Il y a peu à ajouter à la légende des figures précédentes. Remarquer seulement que *sa paroi postérieure*, formée par le péritoine pariétal, recouvre les flexuosités de l'artère splénique. Le ligament pancréatico-splénique apparaît court et trapu.

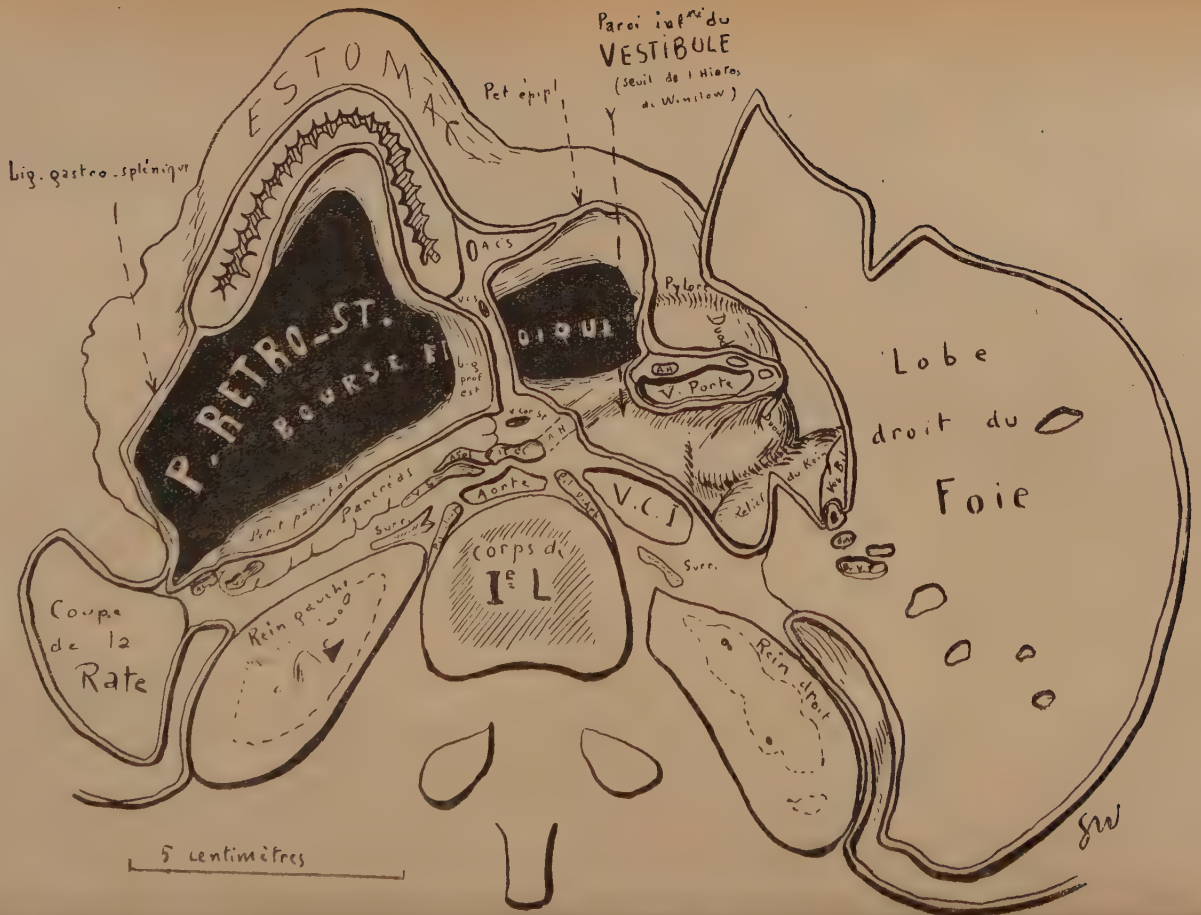

ESTOMAC
Lig. gastro-splénique
Pet épipl
Paroi inf^re du
VESTIBULE
(seuil de l'Hiatus de Winslow)
P. RETRO-ST.
BOURSE ET
DIGUE
Lig. prof est
Pylore
Duod
V. Porte
Lobe
droit du
Foie
Aorte
V.C.I
Pancréas
Pancréat
Surr
Corps de
Ie L
Coupe
de la
Rate
Rein gauche
Rein droit
5 centimètres
GW

FIGURE 44. — VUE DE L'ARRIÈRE-CAVITÉ SUR UNE COUPE PASSANT PAR LA PARTIE INFÉRIEURE DU CORPS DE LA PREMIÈRE VERTÈBRE LOMBAIRE.

Vestibule.

La paroi inférieure surtout en est bien visible. Elle est formée par le péritoine passant de la paroi sur la première portion du duodenum, et soulevé obliquement en un repli sous lequel chemine l'artère hépatique.

La paroi antérieure (Pet. épipl.), sectionnée, montre la coupe du pédicule hépatique avec la veine porte en arrière, l'artère hépatique en avant et à gauche, les canaux hépatique et cystique en avant et à droite.

Poche rétro-stomacale.

Sa paroi postérieure, formée par le péritoine pariétal, recouvre le corps et la queue du pancréas, derrière le corps du pancréas cheminent l'artère et la veine spléniques.

Sa paroi gauche est formée par le ligament gastro-splénique, le hile de la rate, et le ligament pancréatico-splénique, court et trapu, contenant, avec la queue du pancréas, la terminaison des vaisseaux spléniques.

Bourse épiploïque.

Apparaît dans le lointain.

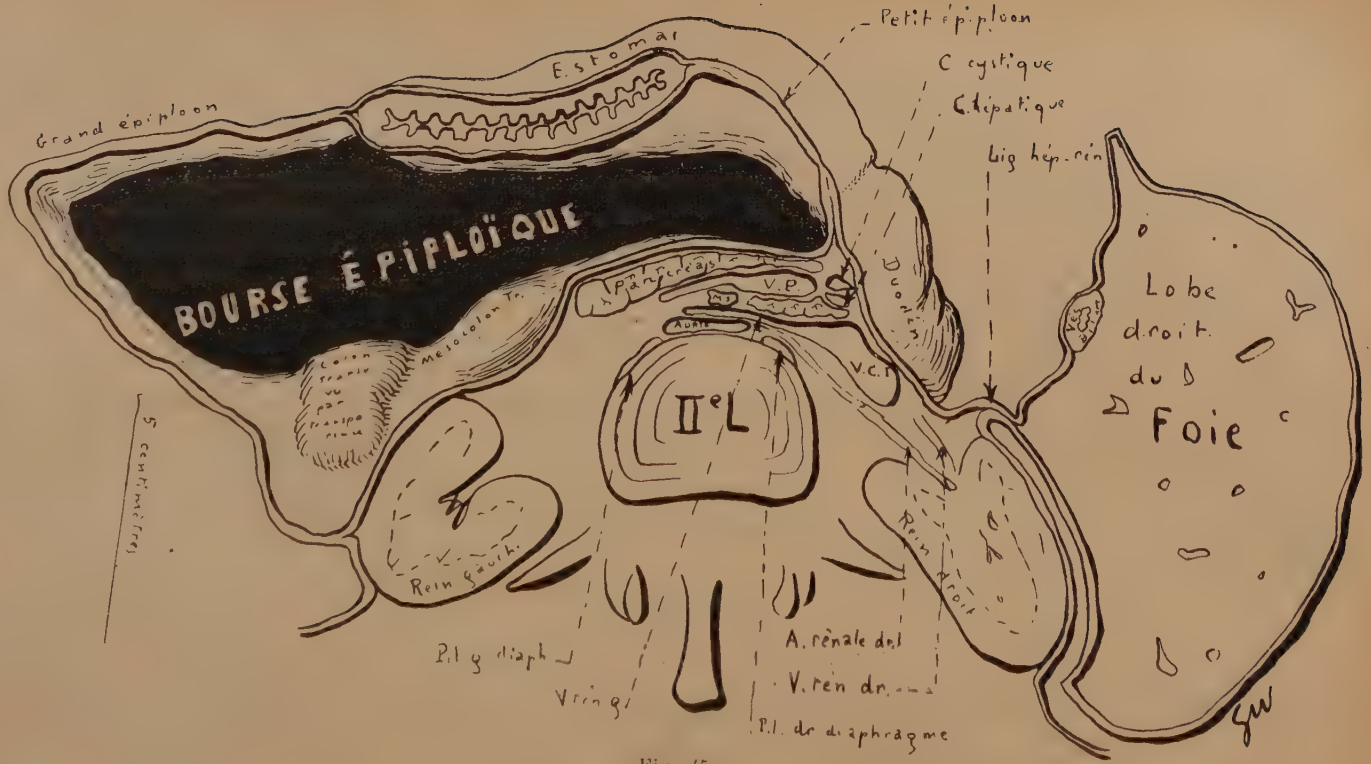

Petit épiploon
Estomac
Grand épiploon
Cystique
Cholédoque
Lig hép-rein
BOURSE ÉPIPLOÏQUE
Pancréas
V.P.
Aorte
Duodénum
V.C.I.
Lobe droit du Foie
Mésocolon Tr.
5 centimètres
IIe L
Rein gauche
Rein droit
P.l g diaph
Ureter g
A. rénale dte
V. rein dr.
P.l. dr diaphragme

Fig. 15.

FIGURE 45. — VUE DE L'ARRIÈRE-CAVITÉ SUR UNE COUPE PASSANT ENTRE LES PREMIÈRE ET DEUXIÈME VERTÈBRE LOMBAIRE.

Nous atteignons à la limite inférieure de la poche rétro-stomacale.

Poche rétro-stomacale.

Un seul mot sur sa *paroi postérieure* : elle est formée par le péritoine pariétal que revêt la tête du pancréas. Derrière ce feuillet se superposent d'avant en arrière les organes suivants :

Tête du pancréas,

Confluent (marqué VP) de la veine splénique et de la veine mésentérique supérieure; à sa droite les voies biliaires,

Crochet du pancréas, à sa gauche l'artère mésentérique supérieure (M. S.).

Veine rénale gauche gagnant la veine cave inférieure.

Aorte abdominale.

Bourse épiploïque.

Elle est déjà, à gauche, intéressée par le plan de coupe.

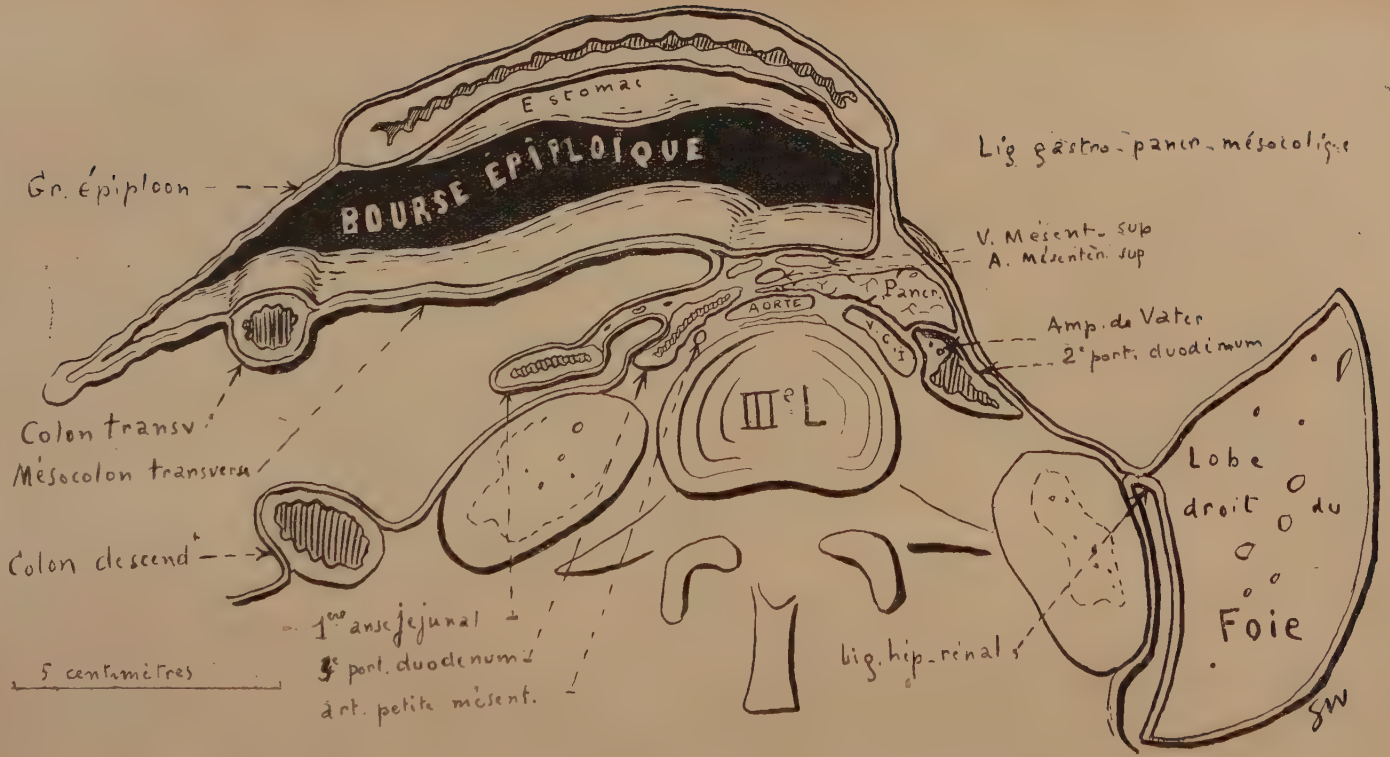

Estomac
BOURSE ÉPIPLOÏQUE
Gr. Épiploon
Lig. gastro-pancr.-mésocolique
V. Mésent. sup
A. Mésentér. sup
Pancr.
AORTE
V.C.I
Amp. de Vater
2e port. duodénum
IIIe L
Colon transv.
Mésocolon transverse
Lobe droit du Foie
Colon descend.
1er anse jéjunal
3e port. duodénum
Art. petite mésent.
lig. hip-rénal
5 centimètres
SW

Fig 46.

FIGURE 16. — VUE DE L'ARRIÈRE-CAVITÉ SUR UNE COUPE PASSANT IMMÉDIATEMENT AU-DESSOUS DE LA DEUXIÈME LOMBAIRE.

Deux zones péritonéales visibles sur cette coupe appartiennent encore à la *poche rétro-stomacale* : le péritoine qui revêt la face postérieure de l'estomac, le péritoine qui revêt le pancréas au-dessus et à droite de l'attache du méso-côlon transverse; ces deux zones sont rattachées l'une à l'autre par le ligament gastro-pancréatico méso-colique, qui n'est que la partie droite du grand épiploon, et relève de la bourse épiploïque (1).

Décrivons avec chaque subdivision de l'arrière-cavité ce qui lui revient sur cette figure.

Poche rétro-stomacale.

Ce qui reste de *sa paroi antérieure* est formé par le péritoine tapissant la face postérieure de l'estomac;

Ce qui reste de *sa paroi postérieure* est formé par le péritoine pariétal tapissant le pancréas et les vaisseaux mésentériques supérieurs.

Bourse épiploïque.

Son bord droit est formé par le ligament gastro-pancréatico-mésocolique. On le voit ici partant du bord inférieur de l'estomac pour aller se fixer sur la tête du pancréas;

Sa paroi antérieure par le feuillet descendant du grand épiploon;

Sa paroi postérieure, par le méso-côlon et le côlon transverse que double en réalité le feuillet ascendant du grand épiploon;

Son bord gauche est formé par l'union des deux feuillets du grand épiploon.

1) Un peu de confusion sera due à ce que les limites de l'arrière-cavité et de la poche rétro-stomacale chevauchent l'une sur l'autre; c'est qu'elles se raccordent en dent de scie. Cette confusion sera évitée par l'examen des autres figures de ce travail.

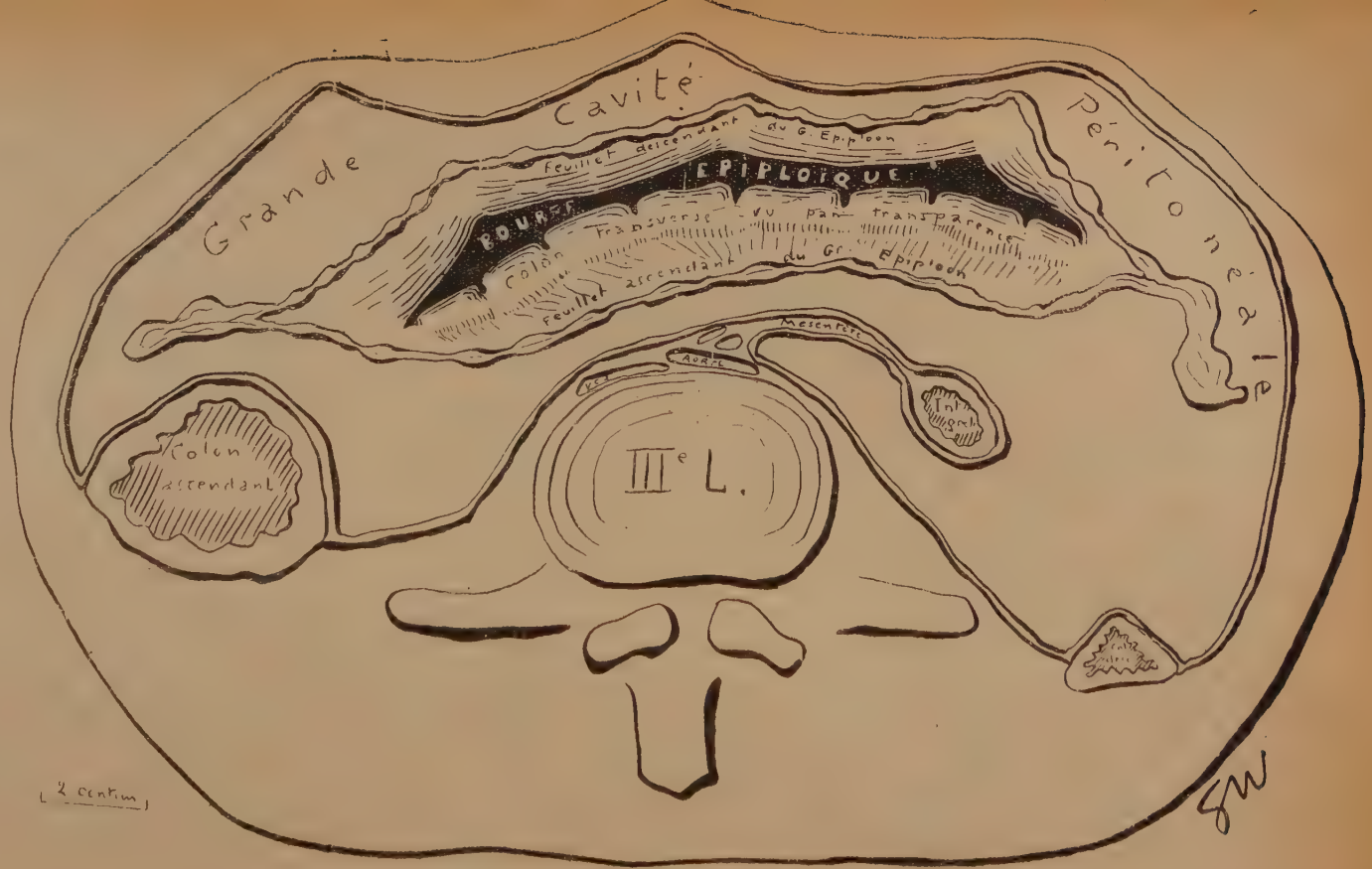

Cavité
Grande
Péritonéale
EPIPLOÏQUE
BOURSE
Feuillet descendant du G. Epiploon
Colon transverse vu par transparence
Feuillet ascendant du Gr. Epiploon
Mésentère
Aorte
Veine cave
Ganglions
IIIe L.
Colon ascendant
2 centim.

Fig. 47.

V. — L'arrière-cavité des épiploons abordée de bas en haut.

FIGURE 47. — VUE DE L'ARRIÈRE-CAVITÉ SUR UNE COUPE PASSANT ENTRE LA TROISIÈME ET LA QUATRIÈME VERTÈBRE LOMBAIRE

Seule, la bourse épiploïque est visible.

Bourse épiploïque.

Sa paroi antérieure est représentée par le feuillet antérieur, descendant, du grand épiploon;

Sa paroi postérieure, par le feuillet postérieur, ascendant, du grand épiploon. Bientôt il sera doublé par le côlon transverse et le méso-côlon transverse. Le côlon transverse apparaît déjà dans le lointain;

Ses bords latéraux sont formés par la ligne d'union des deux feuillets du grand épiploon, ligne que suit à une certaine distance, très variable d'ailleurs suivant les sujets, le bord libre du grand épiploon.

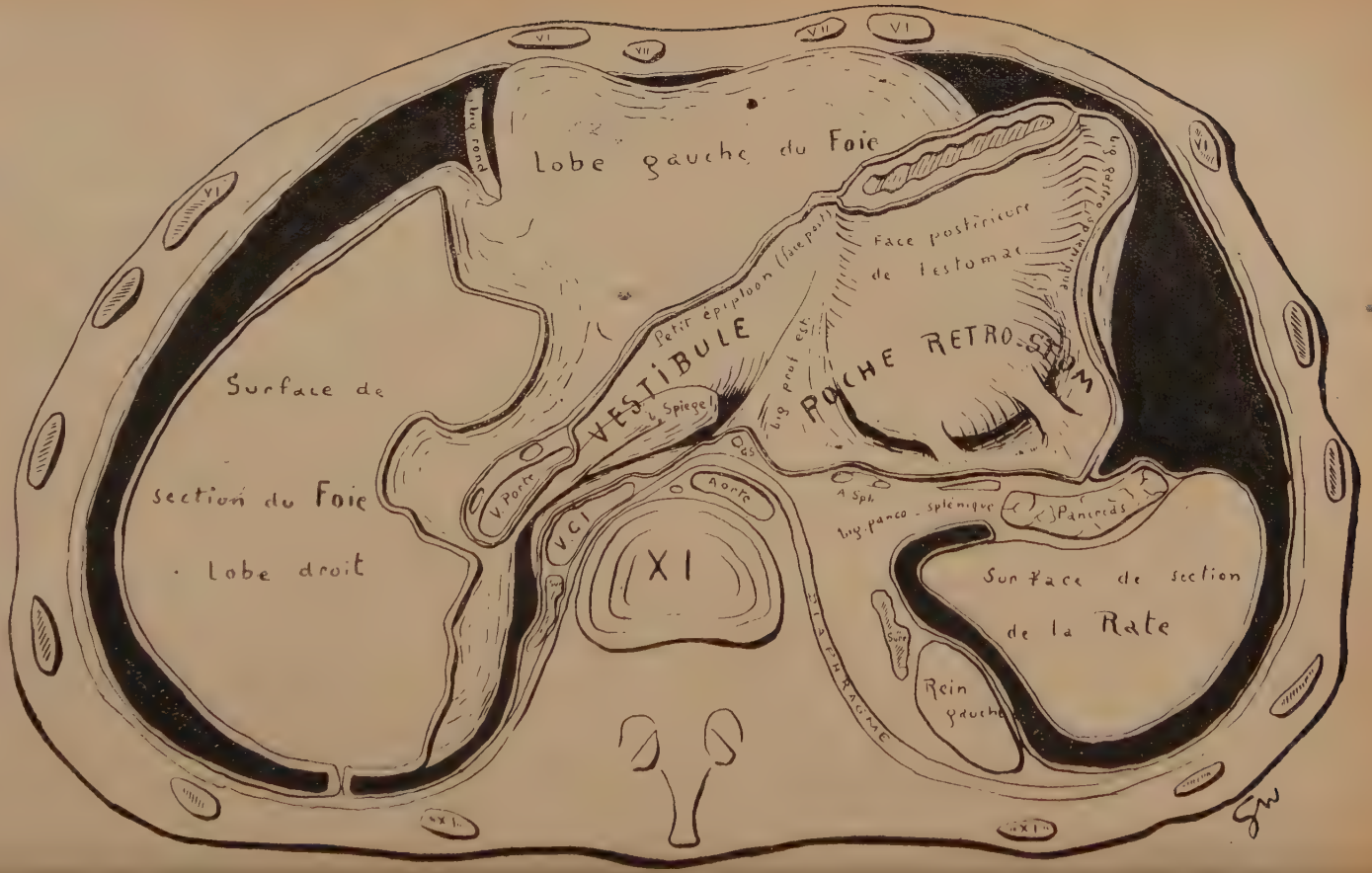

Lig rond
Lobe gauche du Foie
Face postérieure de l'estomac
Petit épiploon (face post.)
Lig gastro-pancréatique
Lig post. est.
VESTIBULE
Spiegel
POCHE RETRO-STOM
Surface de section du Foie
Lobe droit
V. Porte
Aorte
VCI
Oes
A. Spl.
Lig. pancréo-splénique
Pancréas
XI
Surface de section de la Rate
Surr.
Rein gauche
COLONNE VERTEBRALE
VI
VII
VIII
XI

FIGURE 48. — VUE DE L'ARRIÈRE-CAVITÉ SUR UNE COUPE PASSANT ENTRE LA ONZIÈME ET LA DOUZIÈME VERTÈBRE DORSALE.

Cette coupe passe par un plan situé notablement au-dessus du plan de la coupe précédente. Le couteau a coupé en deux l'hiatus de Winslow, le vestibule et la poche rétro-stomacale; petit épiploon et estomac ont été fortement attirés en avant.

Vestibule.

La cavité du vestibule communique *à droite* avec la grande cavité péritonéale par l'hiatus de Winslow dont il apparaît ici la paroi postérieure (V. C. I.), la paroi antérieure formée par le pédicule hépatique (V. Porte) et la paroi supérieure formée par le prolongement caudé du lobe de Spiegel. Du vestibule même on voit : *les parois supérieure* (lobe de Spiegel), *antérieure* (petit épiploon), *postérieure* (péritoine pariétal). Le ligament profond de l'estomac sépare le vestibule de la poche rétro-stomacale.

Poche rétro-stomacale.

En avant : face postérieure de l'estomac; *à gauche*, partie supérieure du ligament gastro-splénique, hile de la rate et plus en arrière ligament pancréatico-splénique; *en arrière*, péritoine pariétal; *à droite*, ligament profond de l'estomac, *en haut*, au niveau de la limite supérieure de la poche rétro-stomacale, l'estomac adhère à la paroi abdominale postérieure.

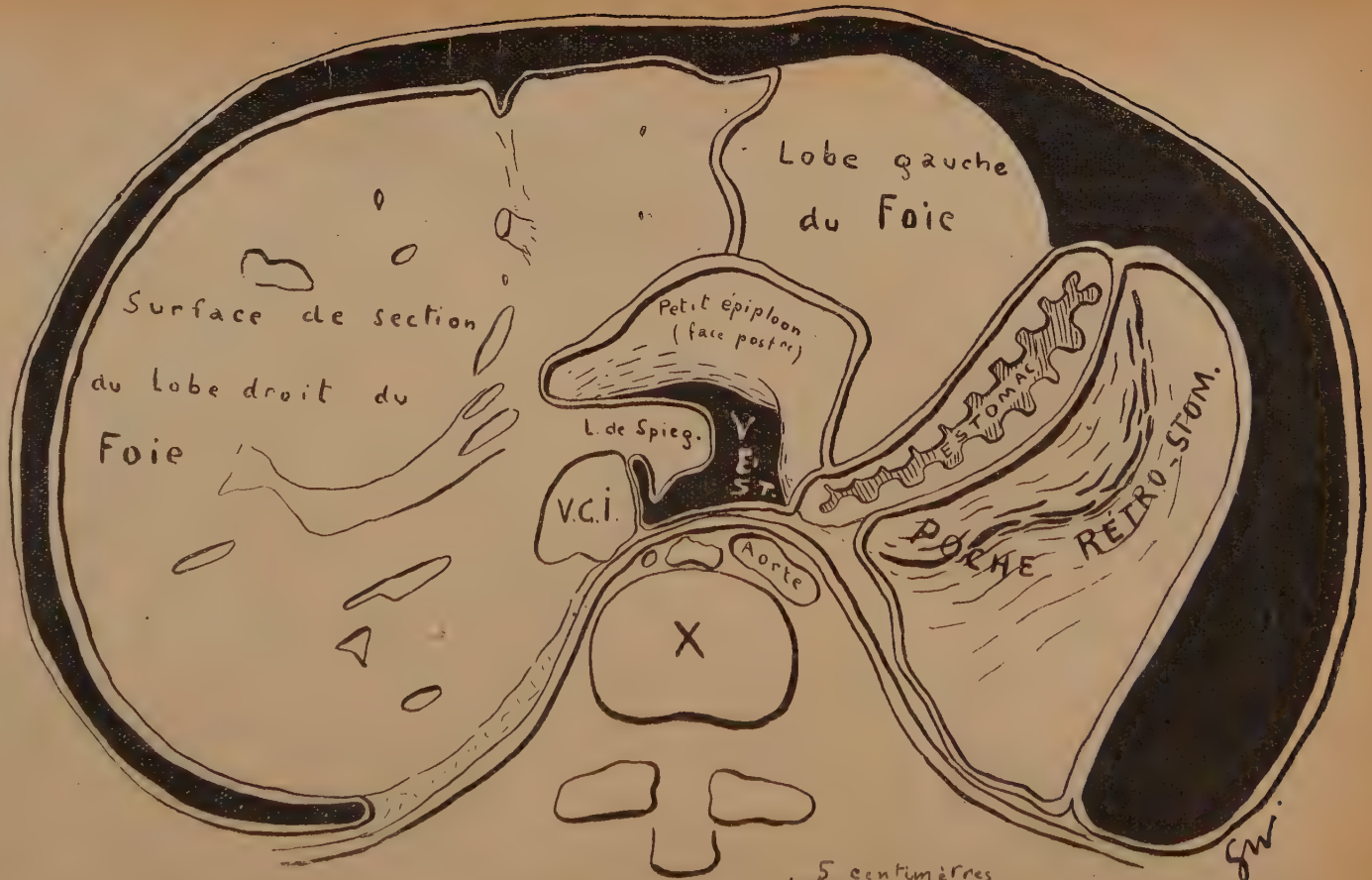

Lobe gauche
du Foie
Surface de section
du lobe droit du
Foie
Petit épiploon
(face postre)
L. de Spieg.
V.C.I.
VEST.
ESTOMAC
PORTE RÉTRO-STOM.
Aorte
X
5 centimètres

Fig. 49.

FIGURE 49. — VUE DU SOMMET DE LA POCHE RÉTRO-STOMACALE ET DE LA PARTIE HAUTE DU VESTIBULE.

L'estomac a été attiré en avant; le ligament gastro-phrénique qui unit son bord gauche à la paroi a été fortement étiré. Le petit épiploon a été également attiré en avant.

Poche rétro-stomacale.

Cette coupe montre la partie culminante de la poche rétro-stomacale, point où l'estomac s'accole à la paroi (zone d'adhérence phrénico-gastrique); *à gauche*, la poche rétro-stomacale est limitée par le ligament gastro-phrénique, qui peut être considéré comme la partie haute du ligament gastro-splénique.

Vestibule.

Il est toujours limité *en avant* par le petit épiploon, *en arrière* par le péritoine pariétal, *à gauche* par le bord droit de l'estomac. La coupe intéresse à droite *sa paroi supérieure* oblique en bas et à droite et formée par le lobe de Spiegel (observer ses rapports avec la veine cave inférieure.)

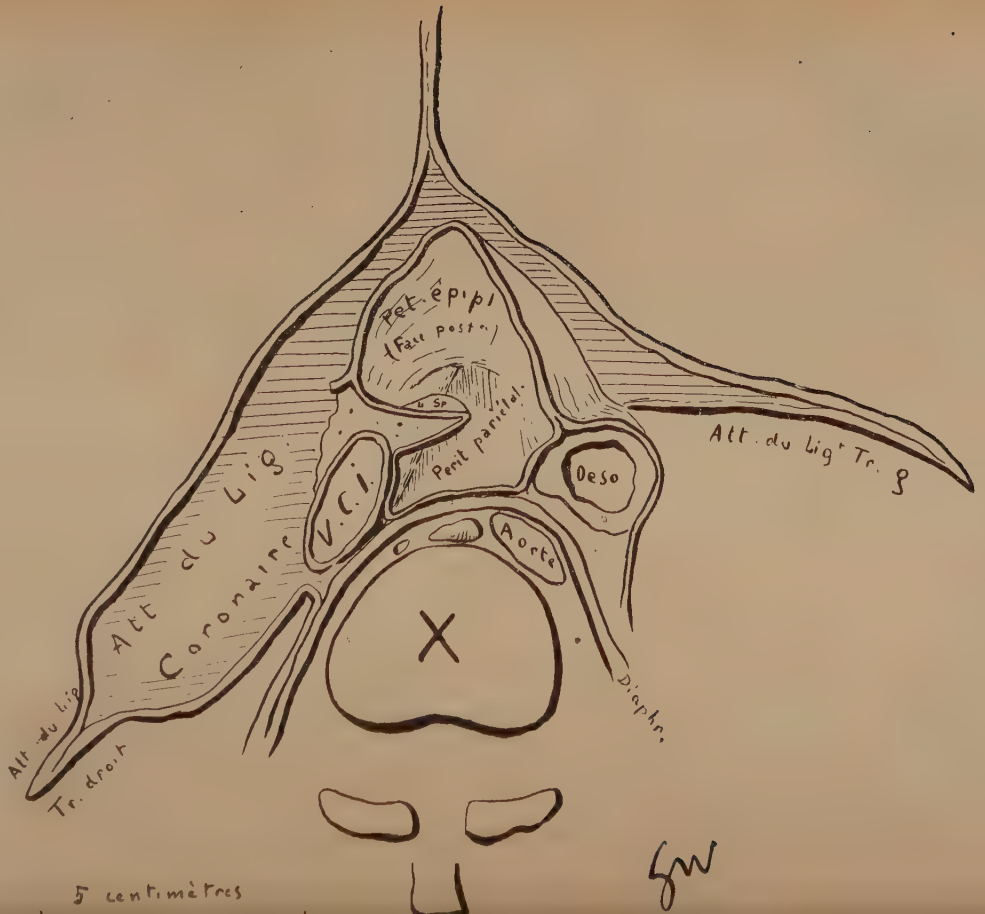

Pet. épipl
(Face post.)
L. Sp
Pont pariétal
Deso
Aorte
V.C.I.
Coronaire
Att du Lig
Att. du Lig. Tr. g
Att. du Lig
Tr. droit
Diaphr.
X
5 centimètres
gw

FIGURE 50. — VUE DU SOMMET DU VESTIBULE A LA HAUTEUR DE LA DIXIÈME VERTÈBRE DORSALE.

Tout le foie a été enlevé sauf un peu du lobe de Spiegel resté adhérent à la veine cave, et qui a été relevé. L'estomac a disparu.

Vestibule

Il est limité *en avant et latéralement* par le dôme du petit épiploon qui passe du foie sur l'œsophage, et prend un bref contact avec la voûte diaphragmatique entre les points où œsophage et veine cave inférieure y pénètrent.

La paroi postérieure est limitée par le péritoine pariétal que soulève à gauche l'œsophage, à droite la veine cave inférieure. *En haut*, le feuillet péritonéal pariétal se réfléchit en avant, puis en bas, se continuant avec le feuillet postérieur du petit épiploon.

TROISIÈME PARTIE

DESCRIPTION SYSTÉMATIQUE DES PAROIS DE L'ARRIÈRE-CAVITÉ (1)

L'arrière-cavité des épiploons est subdivisée en trois parties : **Vestibule, Poche rétro-stomacale, Bourse épiploïque.** Chacune de ces portions peut être considérée comme limitée dans l'espace par six parois : une paroi supérieure, une paroi inférieure, une paroi antérieure, une paroi postérieure, deux parois latérales.

Ce sont ces parois que nous allons étudier en envisageant les points suivants :

I. — La paroi décrite est-elle complète ou incomplète? C'est-à-dire : existe-t-elle sur toute la longueur ou la largeur de la portion de l'arrière-cavité à laquelle elle appartient; ou bien, est-elle fenêtrée, trouée, ou même fait-elle totalement défaut?

II. — Par quelle portion de quel feuillet péritonéal est-elle formée?

III. — Quel est son aspect d'ensemble?

VI. — Quelle est son orientation générale?

VESTIBULE

Paroi supérieure.

I. — La paroi supérieure du vestibule est complète; elle se retrouve sur toute la largeur du vestibule.

(1) La troisième partie de ce travail, de lecture fort aride, a pour but de récapituler en un tableau d'ensemble, des données un peu trop éparpillées dans les légendes des figures précédentes.

II. — Elle est faite du *péritoine viscéral* qui revêt les faces postérieure et inférieure du foie dans une zone ainsi limitée :

En avant : lèvre postérieure du hile du foie ;
A gauche : lèvre droite du sillon du canal veineux ;
En arrière : insertion à la face postérieure du foie du feuillet inférieur du ligament coronaire, sur une ligne étendue du bord droit du sillon du canal veineux au bord droit du sillon de la veine cave inférieure.
A droite : pas de limite nette ; la paroi supérieure du vestibule se perd en s'effilant en un pont de parenchyme hépatique qui sépare, de l'extrémité inférieure du sillon de la veine cave inférieure, l'extrémité droite du hile du foie.

III. — La paroi supérieure du vestibule est essentiellement formée par un gros tubercule hépatique : le lobe de Spiegel, qui se détache de la face postérieure du foie, à gauche de la veine cave inférieure.

IV. — La paroi supérieure du vestibule est oblique à droite, en avant, mais surtout en bas, ce qui explique que presque toutes les coupes transversales du vestibule l'intéressent. Elle regarde en arrière, à gauche et un peu en bas.

Paroi antérieure.

I. — La paroi antérieure du vestibule est complète ; elle se retrouve sur toute la hauteur du vestibule. Cependant il arrive qu'elle soit fenêtrée, percée de petits orifices dans sa partie moyenne (partie mince du ligament gastro-hépatique).

II. — Elle est formée par le *péritoine ligamentaire* qui constitue la face postérieure du petit épiploon. Ce petit épiploon qui rattache l'estomac et la première portion du duodenum au foie et au diaphragme a les limites suivantes :

A droite, de haut en bas :
sillon du canal veineux ;
sillon transverse du foie ; puis le petit épiploon s'arrête brusquement au niveau du bord droit du pédicule hépatique qui

chemine dans son épaisseur; il se termine en un bord libre et épais qui forme la lèvre antérieure de l'hiatus de Winslow.

A gauche : bord antéro-latéral droit de l'œsophage abdominal; portion verticale de la petite courbure de l'estomac; le petit épiploon est bientôt rejoint par le bord antérieur du ligament profond de l'estomac qui l'aborde par sa face postérieure et lui amène l'artère coronaire stomachique, désormais satellite de la petite courbure.

En bas : portion horizontale de la petite courbure; bord postéro-supérieur de la première portion du duodenum jusqu'au point où le pédicule hépatique émerge derrière cet organe. L'artère coronaire stomachique, satellite de la petite courbure, s'est anastomosée avec l'artère pylorique branche de l'artère hépatique.

En haut : face inférieure du diaphragme sur une très brève étendue, entre la partie supérieure du sillon du canal veineux à droite, et le bord droit de l'œsophage à gauche (1).

III. — La paroi antérieure du vestibule est une lame péritonéale porte-vaisseaux (petit épiploon) assez épaisse, dans sa partie gauche qui contient parfois une artère hépatique accessoire, née de l'artère coronaire stomachique; mince dans sa partie moyenne, souvent fenêtrée; très épaisse dans sa partie droite qui contient le pédicule hépatique.

IV. — Le petit épiploon, dans son ensemble, regarde en avant; mais tandis que son bord gastrique décrit le long de la petite courbure un trajet régulier, son bord hépatique subit une sorte de plicature; en arrière, en effet, il s'attache au sillon du canal veineux et occupe un plan à peu près sagittal; en avant, il s'insère au sillon transverse et occupe un plan à peu près frontal; de plus, si l'on attire en avant le petit épiploon on voit que son point culminant, adhérent au diaphragme, affecte la forme d'une sorte de dôme qui coiffe le vestibule. Il a été dans les figures de ce travail longuement insisté sur ce point.

(1) Ou, plus simplement — car le sillon du canal veineux, s'inclinant à droite en montant, finit par rejoindre la gouttière de la veine cave inférieure — entre la veine cave inférieure et le bord droit de l'œsophage (revoyez la figure 50).

Paroi postérieure.

I. — La paroi postérieure du vestibule est complète. Elle se retrouve sur toute la hauteur du vestibule.

II. — Elle est constituée par le *péritoine pariétal* qui revêt la paroi abdominale postérieure dans une zone ainsi limitée :

En haut : attache pariétale du ligament coronaire, entre le bord droit de la veine cave inférieure et le bord droit de l'œsophage.

A gauche : bord droit de l'œsophage, puis face antéro-latérale droite de l'aorte depuis son émergence du diaphragme jusqu'à l'origine du tronc cœliaque.

A droite : bord droit de la veine cave inférieure.

En bas : repli péritonéal soulevé par l'artère hépatique qui, du tronc cœliaque, gagne le pédicule hépatique.

III. — Cette paroi est soulevée par les reliefs de l'aorte, à gauche, de la veine cave inférieure à droite. Entre les deux vaisseaux monte le pilier droit du diaphragme. Sous le feuillet péritonéal, ganglions lymphatiques et éléments du plexus solaire.

IV. — La paroi postérieure du vestibule, soulevée par la saillie vertébrale, regarde en avant et à droite.

Paroi gauche.

I. — La paroi gauche du vestibule est incomplète : elle n'existe qu'à la partie supérieure du vestibule. Plus bas s'ouvre le foramen bursæ omentalis qui fait communiquer vestibule et poche rétro-stomacale.

II. — Cette paroi incomplète est constituée par le *péritoine ligamentaire* qui forme la face droite du ligament profond de l'estomac. Ce ligament n'apparaît pas encore à la partie culminante du vestibule, où se rejoignent directement sur l'œsophage petit épiploon et péritoine pariétal postérieur. Il n'apparaît qu'au-dessous du cardia. Sa forme est d'une lame triangulaire dont les bords sont ainsi disposés :

Le bord postérieur et droit s'attache au diaphragme et à la face antérieure de l'aorte où il cueille l'artère coronaire stomachique.

Le bord antérieur et gauche s'attache à la face postérieure de l'estomac, un peu en arrière de la petite courbure.

Le bord inférieur curviligne, part du bord supérieur du pancréas, parfois d'un peu plus bas et passe en arc au-dessus du foramen bursæ omentalis pour aller se fixer à la petite courbure, à quelques centimètres au-dessous du cardia.

III. — Le ligament profond de l'estomac, dont l'épaisseur est notable, contient à son intérieur l'artère coronaire stomachique qui décrit sa courbe, haute dans le ligament; au-dessous d'elle chemine la veine coronaire stomachique qui se rapproche de la corde de l'arc décrit par l'artère. Des vaisseaux et des ganglions lymphatiques.

Au-dessous du ligament profond s'ouvre le foramen bursæ omentalis que circonscrit le petit cercle des coronaires.

IV. — Le ligament profond de l'estomac situé dans un plan oblique en avant et à gauche, regarde à droite et en avant. L'aire du foramen bursæ omentalis assez irrégulière est dans son ensemble située dans un plan oblique en bas et à droite, si bien qu'elle empiète à la fois sur la paroi gauche et la paroi inférieure du vestibule. Elle contribue à réduire l'étendue de ces deux parois.

Paroi inférieure.

I. — La paroi inférieure du vestibule est donc incomplète aussi, très réduite par ce fait que le foramen bursæ omentalis empiète sur elle.

II. — Elle est formée par le *péritoine pariétal* qui, venant de tapisser la veine cave inférieure, se réfléchit en avant pour atteindre la face postérieure du duodenum (segment pariétal de la première portion du duodenum) et le pédicule hépatique.

III. — C'est une sorte de gouttière séreuse dont le fond est soulevé obliquement par le repli de l'artère hépatique.

IV. — Elle regarde en haut.

Paroi droite.

I. — La paroi droite du vestibule est inexistante; en sa place, s'ouvre l'*hiatus de Winslow* qui fait communiquer le vestibule avec la grande cavité péritonéale. Cet hiatus est limité :

En arrière : par la veine cave inférieure.

En haut : par le prolongement caudé du lobe de Spiegel.

En bas : par le péritoine pariétal se réfléchissant de la paroi sur le duodenum.

En avant : par le bord libre du petit épiploon contenant le pédicule hépatique (1).

POCHE RÉTRO-STOMACALE

Paroi postérieure.

I. — La paroi postérieure de la poche rétro-stomacale est complète et se retrouve sur toute la hauteur et la largeur de la poche rétro-stomacale.

II. — Elle est formée par le *péritoine pariétal* qui tapisse la paroi postérieure de l'abdomen, dans une aire ainsi limitée (1) :

En haut : ligne de réflexion du péritoine pariétal sur le péritoine qui tapisse la face postérieure de l'estomac; cette ligne suit le contour inférieur de la zone d'adhérence directe entre le diaphragme et la partie supérieure de la face postérieure de l'estomac.

(1) Souvent le bord libre du petit épiploon se prolonge vers la droite en un *ligament cystico-duodéno-épiploïque* qui limite avec le péritoine pariétal postérieur une sorte d'*entonnoir prévestibulaire* au fond duquel s'ouvre l'hiatus de Winslow (Angel et Sencert *loc. cit.*).

(2) Suivant la délimitation arbitraire adoptée ici (voir p. 154).

A droite, de haut en bas : attache pariétale du ligament profond de l'estomac ;

tronc cœliaque ;

repli de l'artère hépatique ;

flanc droit de la première portion du duodenum au moment où, de libre qu'elle était, elle vient s'enfoncer derrière le péritoine pariétal ;

artère gastro-duodénale qui chemine dans l'attache pancréatique du ligament gastro-pancréatico-mésocolique.

En bas : attache pariétale du méso-côlon transverse.

A gauche : attache pariétale du ligament pancréatico-splénique en bas, du ligament gastro-phrénique en haut.

III. — Ce feuillet péritonéal revêt toute une série d'organes dont les principaux sont les suivants :

Flanc droit de l'aorte.

Capsule surrénale gauche et partie haute du rein gauche.

Partie sus-mésocolique de la tête du pancréas et corps du pancréas.

Enfin des vaisseaux artériels et veineux de première importance cheminent derrière ce feuillet, ils en sont séparés d'ailleurs par la masse pancréatique. Ce sont :

L'artère splénique ; le sommet de ses flexuosités apparaît immédiatement sous le péritoine sans interposition de pancréas.

La veine splénique.

L'origine de l'artère mésentérique supérieure.

La fin de la veine mésentérique supérieure.

Les artères et veines rénales gauches ;

Avec ces artères, les plexus nerveux, les ganglions et veines lymphatiques qui les accompagnent.

IV. — Cette paroi postérieure de la poche rétro-stomacale regarde en avant dans son ensemble ; mais elle est soulevée par les gros reliefs de l'aorte à droite, du rein à gauche, du pancréas en bas.

Paroi antérieure.

I. — Cette paroi est complète ; elle s'étend sur toute la hauteur et toute la largeur de la poche rétro-stomacale.

II. — Elle est formée du *péritoine viscéral* qui revêt la face postérieure de l'estomac dans une aire aussi limitée :

A *droite* : petite courbure de l'estomac, suivie par l'artère coronaire stomachique, puis par l'artère pylorique; pylore.

A *gauche et en bas :* grande courbure de l'estomac ; pylore.

En haut : limite inférieure de la zone d'adhérence phrénico-gastrique.

III. — Cette paroi n'est représentée que par le vernis séreux qui tapisse la face postérieure de l'estomac et que soulèvent les vaisseaux nés des artères des courbures et de leurs veines satellites.

IV. — Elle regarde en arrière et un peu à droite ; car elle est comme l'estomac repoussée en avant par la saillie rachidienne.

Paroi supérieure.

Cette paroi n'est qu'un bord ; c'est la ligne à partir de laquelle l'estomac cesse d'adhérer au diaphragme, ligne au niveau de laquelle le péritoine pariétal se réfléchit à angle aigu dans le péritoine rétro-stomacal.

Paroi gauche.

I. — Cette paroi est complète, mais son étendue est très variable suivant les sujets.

II. — Elle est formée par le *péritoine ligamentaire* qui revêt la face droite des ligaments suivants :

En haut : le ligament gastro-phrénique. L'estomac après avoir adhéré directement au diaphragme s'en détache mais il y reste rattaché par un ligament péritonéal, le ligament gastro-phrénique ; ce ligament se continue en bas avec les deux ligaments suivants.

En bas, deux ligaments : le ligament pancréatico-splénique en arrière ; le ligament gastro-splénique en avant. Situés à un même niveau horizontal, ces deux ligaments convergent

vers le hile de la rate ; à leur limite inférieure, peu nette, ils se continuent avec le bord gauche du grand épiploon.

Paroi droite.

I. — La paroi latérale droite de la poche rétro-stomacale est incomplète ; car elle est trouée en sa partie moyenne par le foramen bursæ omentalis qui fait communiquer la poche-rétro-stomacale et le vestibule.

II. — Elle est constituée par trois segments différents (1) :

Son segment supérieur est représenté par le *péritoine ligamentaire* qui forme le flanc gauche du ligament profond de l'estomac, ligament déjà décrit à propos du vestibule.

Son segment moyen fait défaut; en sa place s'ouvre le large orifice du *foramen bursæ omentalis*.

Son segment inférieur est formé par le *péritoine viscéral* qui tapisse la face gauche de la partie initiale de la première portion du duodenum ; ce segment de la paroi latérale droite de la poche rétro-stomacale est limité :

En haut : par le bord postéro-supérieur du duodenum (attache du petit épiploon).

En bas : par le bord inférieur du duodenum (attache de la partie droite du grand épiploon).

En avant : par le pylore.

En arrière : elle se termine là où le duodenum d'intra-péritonéal qu'il était devient rétro-péritonéal.

III. — Cette paroi de l'arrière-cavité est orientée dans un plan oblique en avant et à gauche; c'est dire que le ligament profond regarde en arrière et à gauche la première portion du duodenum également ; toutefois duodenum et ligament profond occupent dans l'espace deux plans un peu différents.

(1) Suivant la délimitation adoptée ici (voir p. 15).

Paroi inférieure.

Cette paroi n'existe pas, la poche rétro-stomacale se continue librement en bas avec la bourse épiploïque.

La limite entre ces deux portions de l'arrière-cavité est classiquement représentée par le grand cercle des coronaires.

La limite adoptée ici, pour des raisons purement artificielles, suit le tracé suivant :

A *droite* : bord inférieur de la partie initiale de la première portion du duodenum.

Attache pariétale du ligament gastro-pancréatico-mésocolique.

En arrière : racine pariétale du méso-côlon transverse.

A *gauche* : pas de limite bien nette, les ligaments gastro-splénique et pancréatico-splénique se perdant peu à peu sur les deux feuillets du grand épiploon.

En avant : grande courbure de l'estomac au-dessous du point où l'aborde l'artère gastro-épiploïque gauche.

BOURSE ÉPIPLOIQUE

Paroi antérieure.

Le feuillet antérieur ou descendant, mince et fenêtré, mais chargé d'îlots graisseux du grand épiploon.

Paroi postérieure.

Le feuillet postérieur ou ascendant du grand épiploon, mince, fenêtré, chargé d'îlots de graisse *en bas:* puis *plus haut*, doublé du côlon transverse en arrière, et du méso-côlon transverse; de ce fait il s'épaissit, mais laisse voir par transparence les arcades vasculaires du méso-côlon transverse.

Bord inférieur.

Formé par l'accolement des deux feuillets du grand épiploon, il reste toujours à une certaine distance du bord inférieur libre du grand épiploon.

Bord gauche.

La ligne d'accolement des feuillets reste également à une certaine distance du bord gauche libre du grand épiploon.

Bord latéral droit.

Il forme deux segments :

Un *long segment inférieur* formé par la ligne d'accolement des deux feuillets du grand épiploon; ligne d'accolement qui reste aussi à une certaine distance du bord droit du grand épiploon, libre dans sa partie inférieure ;

Un *court segment supérieur*; celui-ci est formé par ce que nous avons individualisé sous le nom de *ligament gastro-pancréatico-mésocolique*, lame vaguement quadrilatère qui s'attache aux points suivants :

En haut. Bord inférieur de la région pylorique et du duodenum.

En arrière. Face antérieure de la tête du pancréas en général ; devant l'artère gastro-duodénale.

En bas. Face antérieure de la partie droite du méso-côlon transverse, que double en avant le feuillet ascendant du grand épiploon.

En avant. Se perd insensiblement dans le feuillet descendant du grand épiploon.

Cette lame représente la partie supérieure, fixée à la paroi, du bord droit du grand épiploon.

Paroi supérieure.

La paroi supérieure de la bourse épiploïque fait totalement défaut; la bourse épiploïque se continue librement avec la poche rétro-stomacale. Ce qui a été dit du pourtour de la partie inférieure de la poche rétro-stomacale s'applique également aux limites de la partie supérieure de la bourse épiploïque.

CONCLUSIONS

L'arrière-cavité des épiploons a la forme d'un sac aplati, très irrégulier; elle peut être subdivisée en trois cavités secondaires : le **Vestibule**, la **Poche rétro-stomacale**, la **Bourse épiploïque**. Chacune de ces poches est limitée par six parois.

VESTIBULE

Sa paroi antérieure est formée par le petit épiploon;

Sa paroi postérieure, par le péritoine pariétal postérieur, derrière lequel chemine la veine cave inférieure;

Sa paroi supérieure, par le lobe de Spiegel et son prolongement caudé;

Sa paroi droite fait totalement défaut : en sa place, s'ouvre l'hiatus de Winslow, petit orifice par lequel communiquent vestibule et grande cavité péritonéale;

Sa paroi gauche est incomplète; formée en haut par le ligament profond de l'estomac, elle fait défaut en bas où s'ouvre le foramen bursæ omentalis, large orifice par lequel communiquent vestibule et poche rétro-stomacale;

Sa paroi inférieure, très réduite, est une minime gouttière, ouverte en haut, que forme le péritoine pariétal, passant de la paroi abdominale postérieure sur la première portion du duodenum (segment juxta-pariétal).

POCHE RETRO-STOMACALE

Sa paroi antérieure est formée par le péritoine rétro-stomacal.

Sa paroi supérieure, par l'étroite gouttière ouverte en bas que forme le péritoine rétro-stomacal, se réfléchissant sur le péritoine pariétal, au niveau de la partie inférieure de la zone d'adhérence phrénico-gastrique;

Sa paroi postérieure est formée par le péritoine pariétal postérieur, derrière lequel font saillie le pôle supérieur du rein gauche et le corps du pancréas;

Sa paroi gauche est représentée en haut par la face droite du ligament gastro-phrénique, en bas par la face droite des ligaments pancréatico-splénique et gastro-splénique, convergeant vers le hile de la rate;

Sa paroi droite, incomplète, est formée, en haut, par la face gauche du ligament profond de l'estomac; en bas par la face gauche de la partie initiale (juxta-gastrique) de la première portion du duodenum; en son milieu, cette paroi est trouée du large foramen bursæ omentalis;

Sa paroi inférieure fait totalement défaut; la poche rétro-stomacale s'ouvre largement dans la bourse épiploïque.

BOURSE EPIPLOÏQUE

Sa paroi supérieure fait également défaut;

Sa paroi antérieure est formée par le feuillet descendant du grand épiploon;

Sa paroi postérieure, par le feuillet ascendant du grand épiploon, seul en bas, doublé en haut, du côlon et du méso-côlon transverse;

Son bord inférieur, son bord gauche, la partie inférieure de son bord droit sont formés par la ligne d'accolement des

deux feuillets du grand épiploon, accolement qui se fait toujours, chez l'adulte, à quelque distance du bord libre de cet épiploon; la partie supérieure du bord droit de la bourse épiploïque s'élargit en une lame qui peut être individualisée sous le nom de ligament gastro-pancréatico-mésocolique.

Vu : le Président,
HARTMANN

Le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. POINCARÉ

TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE

Description sommaire de l'arrière-cavité.

I. — **Constitution de l'arrière-cavité. Ses subdivisions, leurs limites.**

Fig. 1. — Détermination de l'arrière-cavité. 1
Fig. 2. — Coupe verticale paramédiane de l'arrière-cavité chez l'adulte 2
Fig. 3. — Coupe transversale de l'arrière-cavité 3
Fig. 4. — Coupe verticale paramédiane de l'arrière-cavité chez l'embryon 5

II. — **Forme de l'arrière-cavité.**

Fig. 5. — Coupe verticale et médiane de l'arrière-cavité sur un sujet fixé 6
Fig. 6. — Coupe transversale de l'arrière-cavité sur un sujet fixé. 7
Fig. 7. — Maquette en glaise représentant l'arrière-cavité, vue antérieure (hors texte) 10
Fig. 8. — Maquette en glaise représentant l'arrière-cavité, vue postérieure (hors texte). 10
Fig. 9. — Maquette en glaise représentant l'arrière-cavité, vue latérale droite (hors texte) 12
Fig. 10. — Maquette en glaise représentant l'arrière-cavité, vue latérale gauche (hors texte). 12

III. — **Rapports de l'arrière-cavité.**

1° Avec les artères de l'estomac 13
Fig. 11. — Les deux cercles des coronaires. 13
Fig. 12. — Rapports de l'arrière-cavité, vue antérieure 15
Fig. 13. — Division classique de l'arrière-cavité en trois portions. 16
Fig. 14. — Division artificielle de l'arrière-cavité adoptée en ce travail. 16
2° Avec les divers segments du tube digestif 17
Fig. 15. — Rapports de l'arrière-cavité; vue latérale droite . . . 18
Fig. 16. — Rapports de l'arrière-cavité; vue postérieure. 20
Fig. 17. — Rapports de l'arrière-cavité; vue latérale gauche. . . 21
3° Avec les parois abdominales, antérieure et postérieure 22

DEUXIÈME PARTIE

Dissections et coupes de l'arrière-cavité chez l'adulte.

I. — **L'arrière-cavité des épiploons abordée d'avant en arrière.**

Fig. 18. — Contenu de l'abdomen, après ablation de sa paroi antérieure. 25

Fig. 19. — Vue par sa face antérieure de toute la paroi antérieure de l'arrière-cavité 27

Fig. 20. — L'arrière-cavité aperçue à travers deux fenêtres percées dans les petit et grand épiploons. 29

Fig. 21. — Vue de l'arrière-cavité après rabattement de sa paroi antérieure fendue dans toute sa hauteur. 35

Fig. 22. — Vue, par sa face postérieure, de toute la paroi postérieure de la bourse épiploïque 41

Fig. 23. — Vue de la majeure partie de la paroi postérieure de l'arrière-cavité. 43

Fig. 24. — Vue de la paroi postérieure du vestibule et de la poche rétro-stomacale, ainsi que des zones d'insertion pariétale des différents mésos. 47

Fig. 25. — Disposition des divers plans vasculaires derrière l'arrière-cavité, sur la paroi abdominale postérieure. 51

II. — **L'arrière-cavité des épiploons abordée de la droite vers la gauche.**

Fig. 26. — Contenu de l'abdomen après ablation de sa paroi latérale droite. 55

Fig. 27. — Vue de l'hiatus de Winslow, tel qu'il se présente sans artifice de préparation. 57

Fig. 28. — Vue de l'hiatus de Winslow, tel qu'il apparaît lorsque le foie a été un peu soulevé, et le bord libre du petit épiploon attiré en avant. 59

Fig. 29. — Vue de l'hiatus de Winslow, tel qu'il se montre après un nouvel artifice de préparation. 63

Fig. 30. — Vue d'une coupe paramédiane droite de l'arrière-cavité. 64

Fig. 31. — Vue d'une coupe longitudinale de l'arrière-cavité passant légèrement à droite de la ligne médiane. 69

Fig. 32. — Vue de l'extrémité gauche de la poche rétro-stomacale.

III. — **L'arrière-cavité des épiploons abordée de la gauche vers la droite.**

Fig. 33. — Contenu de l'abdomen, après ablation de sa paroi latérale gauche 73

Fig. 34. — Vue des viscères abdominaux, après que la rate a été enlevée et la grande courbure de l'estomac attirée en avant . . 75

Fig. 35. — Vue de l'arrière-cavité après excision d'une partie de sa paroi latérale gauche 77

Fig. 36. — Vue d'une coupe para-médiane gauche de l'arrière-cavité. 79

Fig. 37. — Vue d'une coupe longitudinale de l'arrière-cavité passant à peu près par la ligne médiane. 81

IV. — **L'arrière-cavité des épiploons abordée de haut en bas.**

Fig. 38. — Contenu de l'abdomen vu par deux larges fenêtres ouvertes dans le diaphragme 85
Fig. 39. — Contenu de l'abdomen après ablation de sa paroi supérieure 87
Fig. 40. — Coupe transversale du tronc passant entre X^e^ et XI^e^ dorsales 89
Fig. 41. — Coupe transversale du tronc passant entre XI^e^ et XII^e^ dorsales 91
Fig. 42. — Coupe transversale du tronc passant par le corps de la XII^e^ dorsale 93
Fig. 43. — Coupe transversale du tronc passant par la partie supérieure du corps de la I^re^ lombaire 95
Fig. 44. — Coupe transversale du tronc passant par la partie inférieure du corps de la I^re^ lombaire 97
Fig. 45. — Coupe transversale du tronc passant entre I^re^ et II^e^ lombaires 99
Fig. 46. — Coupe transversale du tronc passant immédiatement au-dessous de la II^e^ lombaire 101

V. — **L'arrière-cavité des épiploons abordée de bas en haut.**

Fig. 47. — Coupe transversale du tronc passant entre III^e^ et IV^e^ lombaires 103
Fig. 48. — Coupe transversale du tronc passant entre XI^e^ et XII^e^ dorsales 105
Fig. 49. — Vue du sommet de la poche rétro-stomacale 107
Fig. 50. — Vue du sommet du vestibule 109

TROISIÈME PARTIE

Description systématique des parois de l'arrière-cavité.

I. — Vestibule 111
II. — Poche rétro-stomacale 116
III. — Bourse épiploïque 117

Conclusions 123

Paris. — Imp. Vigot Frères, 23, rue de l'École-de-Médecine.

238

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE